DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(d.p.r. 445/2000)

Ai sensi dell'art. 19 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

Il/La sottoscritto/a_____ nato/a a _____, (Prov. __), il _____residente in _____, (Prov. __), Via _____ n°__, C.A.P.: _____,

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

D I C H I A R A (*vedi i seguenti esempi*):

- di essere a conoscenza del fatto che le fotocopie dei documenti sotto elencati sono conformi agli originali di cui è in possesso o il cui originale è depositato presso _____;
- di prestare (o aver prestato) servizio in qualità di medico (indicare disciplina)_____ presso _____con rapporto di dipendenza a tempo pieno o con impegno orario settimanale pari a _____ore dal _____al_____;
- di prestare (o aver prestato) servizio come medico (indicare disciplina) _____ con rapporto_____ (co.co.co; co.pro.; libero professionale/consulente etc.) dal _____ al_____presso_____ (specificare se trattasi di struttura pubblica o privata);
- _____

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al

provvedimento emanato qualora l'Azienda Usl n. 8, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del d.lgs 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Cagliari,_____

Il Dichiarante * _____

* la sottoscrizione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto o del responsabile del procedimento. In luogo di tali modalità di sottoscrizione il dichiarante **può allegare alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.**