

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Ai sensi dell'art. 46 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 seguente esempio*)

1. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio: _____

*Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r.
445/00, relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al
provvedimento emanato qualora l'Azienda ASL di Cagliari, 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
affinchè i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di
comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di
legge.*

data e firma