

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(d.p.r. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, il  
\_\_\_\_\_, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del d.p.r.  
445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni  
mendaci

**DICHIARA (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, verifici 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.**