

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

a) di essere titolare di incarico di pediatria di libera scelta presso l'Azienda U.S.L. n. _____ di _____ ambito territoriale di _____ dal _____;

b) di vantare un'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta nell'ambito della Regione Siciliana pari a mesi _____ (1), e precisamente:

dal _____ al _____ presso _____;

dal _____ al _____ presso _____;

dal _____ al _____ presso _____;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (2)

Data _____

Firma (3) _____

(1) nel computo dell'anzianità complessiva vanno detratti gli eventuali periodi di cessazione dall'incarico.

(2) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".

(3) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.