

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

Il sottoscritto Dott. ....  
nato a .....prov. ....il .....  
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, 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 assistenza primaria presso l'Azienda unità sanitaria locale n. ....  
di ..... ambito territoriale di .....  
dal.....
- b) di vantare un'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria nell'ambito della Regione siciliana pari a mesi ..... (1).

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

Data.....

Firma .....

- 
- (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. n. 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. n. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.