

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), 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. 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.