

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 continuità assistenziale presso l'Azienda sanitaria n. ....  
di ..... dal .....

b) di vantare un'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale pari a mesi ....., e precisamente:

- dal ..... al ..... presso Azienda di ..... Regione .....
- dal ..... al ..... presso Azienda di ..... Regione .....
- dal ..... al ..... presso Azienda di ..... Regione .....
- dal ..... al ..... presso Azienda di ..... Regione .....
- dal ..... al ..... presso Azienda di ..... Regione .....
- dal ..... al ..... presso Azienda di ..... Regione .....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1).

Data.....

Firma ..... (2).

---

(1) 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.

(2) 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.