

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 a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda sanitaria provinciale n. .... di ..... della Regione ..... dal .....

b) di vantare un'anzianità complessiva di servizio effettivo nell'emergenza sanitaria territoriale pari a mesi ..... (1), e precisamente:

- dal ..... al ..... presso di .....
- dal ..... al ..... presso di .....
- dal ..... al ..... presso di .....
- dal ..... al ..... presso di .....
- dal ..... al ..... presso di .....
- dal ..... al ..... presso di .....

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 sospensione dal rapporto convenzionale.

(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.