

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. del 28.12.2000 N. 445)

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a ..... il .....  
residente a .....  
via .....

consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi verrà punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera – art. 75 del D.P.R. n. 445/2000.

E' inoltre informato ed autorizza, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30.06.2003 n. 196\*, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Il servizio prestato all'estero deve essere riconosciuto con le procedure della Legge 735/1960 e ss.mm.ii (art. 23 D.P.R.483/1997)

## DICHIARA

➤ di prestare servizio presso la seguente Amministrazione:

Ente .....  
(specificare ASL, Az. Osp., casa di cura/istituto accreditata col SSN, casa di cura/istituto privato)

con sede in .....

nella qualifica di Dirigente .....disciplina.....  
(indicare esattamente la qualifica)

dal ..... a .....

**indicare esattamente la data di inizio e di conclusione dell'attività (gg/mm/aa) indicando eventuali interruzioni (aspettative senza assegni, sospensioni cautelari ecc)**

interruzione dal ..... al..... motivo:.....

interruzione dal ..... al..... motivo:.....

a tempo indeterminato  a tempo determinato  con contratto di lavoro stipulato con agenzia interinale .....

.....(indicare la denominazione dell'agenzia)

contratto libero professionale  borsista  volontario  ricercatore

altro .....

tempo pieno  part-time (indicare orario settimanale) .....

➤ **di aver prestato servizio** presso la seguente Amministrazione:

Ente .....  
*(specificare ASL, Az. Osp., casa di cura/istituto accreditata col SSN, casa di cura/Istituto privato)*

con sede in .....

nella qualifica di Dirigente .....disciplina.....  
*(indicare esattamente la qualifica)*

dal ..... al .....

*indicare esattamente la data di inizio e di conclusione dell'attività (gg/mm/aa) indicando eventuali interruzioni (aspettative senza assegni, sospensioni cautelari ecc)*

interruzione dal ..... al..... motivo:.....

interruzione dal ..... al..... motivo:.....

a tempo indeterminato  a tempo determinato  con contratto di lavoro stipulato con agenzia interinale .....

.....(indicare la denominazione dell'agenzia)

contratto libero professionale  borsista  volontario  ricercatore

altro .....

tempo pieno  part-time *(indicare orario settimanale)* .....

➤ **di aver prestato servizio** presso la seguente Amministrazione:

Ente .....  
*(specificare ASL, Az. Osp., casa di cura/istituto accreditata col SSN, casa di cura/Istituto privato)*

con sede in .....

nella qualifica di Dirigente .....disciplina.....  
*(indicare esattamente la qualifica)*

dal ..... al .....

*indicare esattamente la data di inizio e di conclusione dell'attività (gg/mm/aa) indicando eventuali interruzioni (aspettative senza assegni, sospensioni cautelari ecc)*

interruzione dal ..... al..... motivo:.....

interruzione dal ..... al..... motivo:.....

a tempo indeterminato  a tempo determinato  con contratto di lavoro stipulato con agenzia interinale .....

.....(indicare la denominazione dell'agenzia)

contratto libero professionale  borsista  volontario  ricercatore

altro .....

tempo pieno  part-time *(indicare orario settimanale)* .....

➤ **di aver prestato servizio** presso la seguente Amministrazione:

Ente .....  
*(specificare ASL, Az. Osp., casa di cura/istituto accreditata col SSN, casa di cura/Istituto privato)*

con sede in .....

nella qualifica di Dirigente .....disciplina.....  
*(indicare esattamente la qualifica)*

dal ..... al .....

*indicare esattamente la data di inizio e di conclusione dell'attività (gg/mm/aa) indicando eventuali interruzioni (aspettative senza assegni, sospensioni cautelari ecc)*

interruzione dal ..... al..... motivo:.....

interruzione dal ..... al..... motivo:.....

a tempo indeterminato  a tempo determinato  con contratto di lavoro stipulato con agenzia interinale .....

.....(indicare la denominazione dell'agenzia)

contratto libero professionale  borsista  volontario  ricercatore

altro .....

tempo pieno  part-time *(indicare orario settimanale)* .....

Data .....

.....

**(firma del dichiarante)**

