

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'*

(Artt. 46,47 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____
nato/a a _____ () il _____
residenza via _____ città _____ () cap _____
tel. _____ cell. _____ indirizzo e-mail _____
codice fiscale _____ cittadinanza _____
ai fini dell'affidamento dell'insegnamento di _____
nel Corso di Laurea per le professioni sanitarie in _____
della Seconda Università degli Studi di Napoli, attivato presso la Sede di formazione esterna _____, con riferimento al citato anno accademico, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

Di essere dipendente di ruolo del Servizio Sanitario Nazionale e di essere in servizio presso la citata struttura del S.S.N. _____ (sede di svolgimento del corso) con la qualifica di _____ a decorrere dal _____.

Allega copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Data

FIRMA del DICHIARANTE
(leggibile e di proprio pugno)
