"OPERA PIA COIANIZ"
Azienda pubblica di servizi alla persona

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Art. 46 del D. P. R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il / la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ (_____)

residente a _____ in Via___ / Piazza _____ n. _____,

consapevole del fatto che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal D.P.R. 445/2000, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 del D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

di aver prestato servizio presso l'Azienda/Ente del Servizio Sanitario Nazionale/struttura prIvata accreditata/non, dalla data … alla data …, con il profilo professionale di … e di aver svolto mansioni di …

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 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.

Data **Il/La Dichiarante**

Esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 14 Tabella B del D.P.R. 642/1972.