

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/ia 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 Facoltà di Medicina e Chirurgia del Secondo Ateneo 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)
