DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la Sottoscritto/a _____ C.F. _____

nato a _____ (____) il___/___/____,

residente a _____ (____) in _____ n° ____

In qualità di Titolare/Direttore sanitario del Presidio Medico/Odontoiatrico:

_____

Sito in _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

Che il/la sig. _____

Nato/a a _____ (____) il___/___/____,

C.F. _____

lavora presso il suddetto presidio medico/odontoiatrico con la qualifica di:

_____

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. (codice in materia di protezione dei dati personali) 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 e Luogo, _____

_____
Timbro e Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.