

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

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

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____
nato/a _____ (____) il _____
residente 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 TERAPIA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA del Dipartimento di Salute Mentale e Fisica e Medicina Preventiva - Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", attivato presso la Sede di formazione esterna ASL AVELLINO – GROTTAMINARDA, per l'Anno Accademico 2021/2022, 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. ASL AVELLINO in qualità di _____
presso _____
a decorrere dal _____

Allega copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Data.....

Firma del Dichiarante
(leggibile e di proprio pugno)
