

**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 in Fisioterapia del Dipartimento Multidisciplinare di Specialità Medico –  
chirurgiche e odontoiatriche Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli”, attivato  
presso la Sede di formazione esterna ASL AVELLINO – SANT’ANGELO DEI LOMBARDI  
(AV), per gli a.a. 2024/2025 2025/2026, 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)  
\_\_\_\_\_