

**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 Infermieristica del Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali-  
Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", attivato presso la Sede di formazione  
esterna ASL AVELLINO – GROTTAMINARDA (AV), per a.a. 2026/2027 – a.a. 2027/2028 – a.a.  
2028/2029, 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)

\_\_\_\_\_