

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____ NATO IL _____

A _____ PROV.

ATTUALMENTE RESIDENTE A _____ PROV. _____

INDIRIZZO _____ CAP _____ TEL. _____

DICHIARA

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità e sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

[illegible]

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che l'ASP Agrigento può utilizzare i dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali della Pubblica Amministrazione (D.Lgs. 196/2003, art. 18).

Luogo e Data

In fede

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000 la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.