

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ART.46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/la Sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

Nato/a a _____ () il _____

Residenza-Via _____ Città _____ () C.A.P. _____

Cellulare _____ indirizzo E-mail _____

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

Ai fini dell'affidamento dell'insegnamento di _____

nel Corso di Laurea per _____ della Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", anno accademico _____, attivato presso la Sede di formazione esterna **A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO** con riferimento al citato anno accademico, 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.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.- **A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO** (sede di svolgimento del corso), con la qualifica di

_____ a decorrere dal _____

Allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità datato e firmato.

Data

FIRMA del DICHIARANTE
(leggibile e di proprio pugno)