All' AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di Ragusa

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETÀ

(Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La/il sottoscritta/o

Cognome …… Nome ……

nata/o a …… il ……. Matricola ……

. residente a ……in via …… n. ……...

è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che , inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).
E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell' art. 13 del D.L.vo 196/03* e

D I C H I A R A C H E

……...
……
……
……
……

Il dichiarante

_____

□□□