

ALL.B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E/O DI ATTO DI NOTORIETA’

 (Art.46 e 47 del D.P.R n.445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a

Nata/o a il

 residente a

* ai fini dell’affidamento dell’insegnamento del Corso di Laurea per la professione sanitaria - INFERMIERISTICA, SSD\_\_\_\_\_ Insegnamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Corso integrato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CFU\_\_ Ore \_\_\_\_\_ A.S.\_\_\_

della Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli”, attivato presso la sede di formazione esterna Azienda Ospedaliera “Sant’Anna e San Sebastiano” di Caserta;

* ai sensi degli artt. 46 e 47 e 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 del Servizio Sanitario Nazionale e di essere in servizio presso l’Azienda Ospedaliera “Sant’Anna e San Sebastiano” di Caserta

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_

assegnato alla Unità Operativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a far data dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con contratto di lavoro a tempo Indeterminato e con rapporto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Caserta,

 (leggibile e di proprio pugno)