



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" DI CASERTA

ALL.B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E/O DI ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 46 e 47- D.P.R n.445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

Nata/o a _____, il _____

residente a _____

- ai fini dell'affidamento dell'insegnamento del Corso di Laurea per la professione sanitaria T.R.M.I.R., 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 D.P.R. n.445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

di essere dipendente a **tempo indeterminato** dell'Azienda Ospedaliera "S. Anna e S. Sebastiano" di Caserta,

dal

in qualità
di _____

presso l'Unità Operativa

Allega copia del documento di riconoscimento fronte/retro, in corso di validità.

Data,

FIRMA
