Azienda Ospedaliera
SAN PAOLO
POLO UNIVERSITARIO U.O. Amm.ne Gestione e Sviluppo Risorse Umane

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO NOTORIO
ai sensi dell'art. 46 e 47 D.P.R.445/00

Io sottoscritto/a_____

nato/a_____il_____

residente a_____Prov. di_____

in Via_____n._____

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazione mendace, come stabilito dall'art. 76 de D.P.R. 445/00, informato/a, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgvo 196/03, che i dati qui riportati saranno utilizzati ai fini del procedimento per il quale sono stati richiesti e varranno utilizzati esclusivamente per tale scopo:

DICHIARO

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Milano,_____Firma_____

Allego alla presente copia fotostatica del documento di identità