

ALLEGATO 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47, Decreto Presidente della Repubblica n°445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a COGNOME.....NOME.....

NATO/A a il In relazione alla domanda di ammissione all'avviso pubblico per il conferimento di incarico di struttura complessa UOC Direzione Medica – disciplina geriatria o disciplina equipollente, ai sensi delle vigenti norme in materia.

consapevole delle sanzioni previste per il caso di dichiarazione mendace, come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445 del 2000, di aver prestato i seguenti servizi:

(indicare con precisione il periodo - l'Azienda/Amministrazione - la qualifica e, ove prevista, la disciplina – rapporto di lavoro determinato/indeterminato ed eventuale tempo parziale con relativa percentuale):

- dal _____ al _____ presso _____
qualifica _____
a tempo _____
- dal _____ al _____ presso _____
qualifica _____
a tempo _____
- dal _____ al _____ presso _____
qualifica _____
a tempo _____
- dal _____ al _____ presso _____
qualifica _____
a tempo _____
- dal _____ al _____ presso _____
qualifica _____
a tempo _____

di aver fruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni (indicare periodi):

indicare altri eventuali periodi di sospensione del rapporto di lavoro:

_____ li ____ / ____ / ____

(firma leggibile)

❖ Allegare documento di identità in corso di validità.