

**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.