

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto/a.....nato/a a.....
(cognome) (nome) (luogo)
(.....) il....., residente a.....in Via.....n.....
(prov.) (luogo) (indirizzo)

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000,

D I C H I A R A:

Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.lgs n° 30 giugno 2003, n° 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene resa la presente dichiarazione

.....
(luogo e data)

Il dichiarante

.....
(firma)

REGIONE DELL'UMBRIA
USL Umbria 2
PRESIDIO OSPEDALIERO DI FOLIGNO

Io sottoscritto.....dipendente di questa Azienda, in qualità di.....
attesto che la dichiarazione è stata resa in mia presenza dal Sig.....da me medesimo
preventivamente identificato a mezzo....., n°.....

.....
(luogo e data)

.....
(firma)