



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

MODULO A 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Resa ai sensi dell'art. 47 e 19 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445

PER I FINI PREVISTI DALLA D.G.R. n° 39 – 14910 DEL 28 FEBBRAIO 2005 INTEGRATIVA DELL'AUTOCERTIFICAZIONE DI CUI AL PUNTO 2 DEL MODULO A CONCERNENTE LE DICHIARAZIONI DA RENDERSI – “IN MERITO ALLE RISORSE UMANE – PUNTI 2.1; 2.2; 2.3 –“

Il sottoscritto _____ (C.F. _____)
(Cognome) (Nome)

Nato/a a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

Residente a _____ (_____) in _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

n. tel _____ indirizzo email _____

nella qualità di :

Titolare del Laboratorio di ortodonzia _____

Legale rappresentante del Laboratorio di ortodonzia _____

sito in _____, Via /C.so _____ n° _____

C.A.P. _____ con Partita IVA N° _____

Consapevole delle sanzioni previste dal codice penale, richiamate dall'art. 76 del D.P.R.28.12.2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

che il/la sig./sig.ra _____, opera nel Laboratorio con la

qualifica di _____, **(vedere note 1 2)**, ed ha il seguente curriculum:

(1) dichiarare in modo specifico e dettagliato per ciascun titolare o socio, dipendente e collaboratore interno che opera nell'Azienda: curriculum completo dei titoli di studio, master e corsi di perfezionamento frequentati, esperienze lavorative possedute.

(2) compilare N° 1 Modulo A1 per ciascun titolare o socio, dipendente e collaboratore interno che opera nell'Azienda.

Lì, _____

(Firma del Dichiarante)

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 28.12.2000 n° 445, la sopraestesa dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del funzionario addetto, ovvero sottoscritta e inviata unitamente ad una copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, a mezzo posta oppure per via telematica.