A.S.L. VC
Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

MODULO B

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

D I C H I A R A

Che i sottoelencati documenti ed atti, presentati in copia ai fini previsti dalla DGR n° 39-14910 del 28.2.2005, sono conformi agli originali detenuti in proprio possesso e conservati presso:

il Laboratorio Odontotecnico_____

sito in_____**Via/Corso**_____**n°**_____

_____

_____

_____

A.S.L. VC
Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Lì, _____

_____
(Firma del Dichiarante)

<u>Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 28.12.2000 n°.445</u>, 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.