

ALL'ASP DI RAGUSA
PIAZZA IGEA N. 1
97100 RAGUSA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ () il _____
(prov.)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000,

DICHIARA:

di non essere titolare di rapporti convenzionali con il SSN e di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della provincia di _____

oppure

di essere titolare del seguente rapporto convenzionale con il SSN:

tipologia _____ ASP di _____ cod. reg. n. _____

Inoltre

DICHIARA:

di avere sostituito nei giorni e per il numero di ore sottoindicati il/la dott./dott.ssa _____, rappresentante sindacale
(indicare Sindacato), assente per svolgimento attività sindacale.

Data	N. ore di sostituzione effettuate

Luogo e data

Il/La Dichiarante

.....

.....

Ai sensi dell'art. 38 , D.P.R. 445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente tramite un incaricato, oppure a mezzo posta o mail.