

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.)

Medico convenzionato per la pediatria di libera scelta con il S.S.R./ASP Ragusa,

cod. reg. n. , ambito territoriale

rappresentante sindacale FIMP, designato ai sensi dell'art. 21 comma 5 dell'ACN PLS 15/12/2005 e ss.mm.ii., consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000,

DICHIARA:

- 1) di avere avuto attribuito per l'anno _____ dalla Segreteria nazionale/regionale/provinciale FIMP la disponibilità della quota parte di orario spettante per distacco sindacale per n. ore _____;
- 2) di avere svolto tale attività sindacale come di seguito specificato:

Data	N. ore di sostituzione	Attività sindacale espletata	Nominativo Sostituto

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.