Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Santi Paolo e Carlo

S.C. Risorse Umane

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI ATTO NOTORIO
Ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 445/00

Io sottoscritto/a_____

nato/a _____**il**_____

residente a _____**prov. di** _____

inVia/P.zza_____**n.**_____

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazione mendace, come stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 445/00, informato/a, ai sensi dell'art. 134 del D.lgvo 196/03, che i dati qui riportati saranno utilizzati ai fini del procedimento per i quali sono stati richiesti, verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo:

DICHIARO

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Milano, _____ **Firma**_____

Allego alla presente fotocopia fotostatica del documento di identità.