

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 47 D.P.R. N. 445 DEL 28.12.2000)

ESENTE DA IMPOSTA
DI BOLLO

In riferimento alla domanda di partecipazione alle procedure di assegnazione carenze di Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale della Regione Campania relativa all'anno _____

__l__ sottoscritt__ Dr. _____

nat__ a _____

il _____

residente a _____

Via _____ n.ro _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000,

DICHIARA

che le **fotocopie** dei titoli allegati e sottoelencati, sono conformi agli originali in possesso del__ sottoscritt__:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Data _____

Firma *

- Alla domanda di partecipazione alle assegnazioni delle zone carenti dovrà essere allegata copia fotostatica di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.
La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.
(Si suggerisce, onde evitare disguidi, di firmare e numerare le fotocopie allegate)