ASU FC
Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 47 d.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____

indirizzo _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del d.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

d i c h i a r a

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____[1]

(luogo, data) *(il/la dichiarante)*

[1] I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati nel rispetto delle normative in materia di protezione dei dati personali. La dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma; secondo quanto previsto dall'art. 38 del d.P.R. 445/2000, essa è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente, via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.