

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto dott. _____ nato a _____ il _____ ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

dichiara

a) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di medicina penitenziaria presso la casa circondariale di _____ della Regione _____ dal _____;

b) di vantare un'anzianità complessiva di servizio effettivo nella medicina penitenziaria pari a mesi _____(1), e precisamente:

dal _____ al _____ presso _____;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (2) (3).

Data _____

Firma (4) _____

(1) nel computo dell'anzianità complessiva vanno detratti gli eventuali periodi di sospensione dal rapporto convenzionale.

(2) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".

(3) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

(4) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.