

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

(Artt. 46/47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a [redacted] nato/a a .....  
[redacted] ( [redacted] ) il [redacted], codice fiscale  
[redacted], residente in [redacted] via/p.zza  
[redacted] n [redacted],  
Specialista Ambulatoriale Interno per la branca di [redacted]  
Medico Veterinario Ambulatoriale Interno [redacted]  
Professionista Ambulatoriale Interno, professione sanitaria di [redacted]

- consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al procedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.;
- ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 28/12/2000, n. 445;
- sotto la propria responsabilità,

in ottemperanza all'art. 45 dell'ACN vigente e al fine di ottenere l'indennità di disponibilità per l'anno [redacted]

**D I C H I A R A**

1. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato con rapporto di lavoro per un numero di ore settimanali rientrante nelle previsioni di cui all'art. 45 comma 3 del vigente ACN (rapporto di lavoro di almeno 12 ore settimanali instaurato con una o più Aziende).
2. di non svolgere attività libero professionale, fatto salvo quanto previsto all'art.42 dell'ACN.

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni eventuale variazione, che dovesse intervenire nel corrente anno [redacted], dei requisiti indicati nell'art. 45 del vigente ACN, ed è consapevole che il venir meno di uno degli stessi, durante l'anno, comporterà la revoca del diritto a percepire l'indennità di disponibilità e la restituzione di quanto già corrisposto a tale titolo nell'anno [redacted].

Si allega fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.

[redacted], li [redacted]

firma leggibile