

Allegato C

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E/O ATTO DI NOTORIETA' (ARTT. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

La/Il sottoscritto/a _____

Nata/o a _____ (_____) il _____

Residente a _____ Via _____

Cellulare _____ mail _____

- ai fini dell'affidamento dell'insegnamento di _____

nel Corso di Laurea "FISIOTERAPIA" della Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", A.A. 2021/2022, attivato presso la Sede di formazione esterna ASL Napoli 1 Centro,

- ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere **DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO** del Servizio Sanitario Nazionale presso la **ASL Napoli 1 Centro**

dal _____ con la qualifica di _____

presso la U.O.C./P.O./Distretto/Dipartimento _____

Allega copia del codice fiscale e del documento di riconoscimento in corso di validità datato e firmato.

Data

Firma