

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 sottoscritta/o

Nata/o a

Prov

il

Residente a

Via

Cellulare

Mail/PEC

ai fini dell'affidamento dell'insegnamento di

- nel Corso di Laurea **“TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA a.a. 2023/2024”** della Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli”, attivato presso la Sede di formazione esterna AORN SG Moscati;
- 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 l' AORN SG Moscati di Avellino

dal

con la qualifica di

presso la U.O.C./Dipartimento

dal

Allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità

Luogo

Data

Firma \_\_\_\_\_