

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI STATO DI SERVIZIO

(rilasciata ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

(da compilare a cura del candidato con le modalità previste nel bando solo nel caso in cui intenda servirsi di tale strumento per la certificazione dei servizi prestati)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Prov. _____ il ___/___/___ residente in _____

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dagli artt. 483 – 489 – 495 – 496 del Codice Penale per le dichiarazioni ed atti falsi e mendaci applicabili in caso di falsità delle presenti dichiarazioni, di aver prestato i seguenti servizi lavorativi:

- 1) dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____
con sede in _____ (_____) Indirizzo _____
Azienda accreditata con il S.S.N. sì no (indicare l'opzione che interessa) – Azienda convenzionata con
 Comune di _____
 Azienda Sanitaria di _____
Qualifica ricoperta _____ contratto full time part time
(indicare percentuale: _____%) – C.C.N.L. applicato _____
- 2) dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____
con sede in _____ (_____) Indirizzo _____
Azienda accreditata con il S.S.N. sì no (indicare l'opzione che interessa) – Azienda convenzionata con
 Comune di _____
 Azienda Sanitaria di _____
Qualifica ricoperta _____ contratto full time part time
(indicare percentuale: _____%) – C.C.N.L. applicato _____
- 3) dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____
con sede in _____ (_____) Indirizzo _____
Azienda accreditata con il S.S.N. sì no (indicare l'opzione che interessa) – Azienda convenzionata con
 Comune di _____
 Azienda Sanitaria di _____
Qualifica ricoperta _____ contratto full time part time
(indicare percentuale: _____%) – C.C.N.L. applicato _____
- 4) dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____
con sede in _____ (_____) Indirizzo _____
Azienda accreditata con il S.S.N. sì no (indicare l'opzione che interessa) – Azienda convenzionata con
 Comune di _____
 Azienda Sanitaria di _____
Qualifica ricoperta _____ contratto full time part time
(indicare percentuale: _____%) – C.C.N.L. applicato _____
- 5) dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____
con sede in _____ (_____) Indirizzo _____
Azienda accreditata con il S.S.N. sì no (indicare l'opzione che interessa) – Azienda convenzionata con

Comune di _____

Azienda Sanitaria di _____

Qualifica ricoperta _____ contratto full time part time

(indicare percentuale: _____%) – C.C.N.L. applicato _____

6) dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

con sede in _____ (_____) Indirizzo _____

Azienda accreditata con il S.S.N. sì no (indicare l'opzione che interessa) – Azienda convenzionata con

Comune di _____

Azienda Sanitaria di _____

Qualifica ricoperta _____ contratto full time part time

(indicare percentuale: _____%) – C.C.N.L. applicato _____

7) dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

con sede in _____ (_____) Indirizzo _____

Azienda accreditata con il S.S.N. sì no (indicare l'opzione che interessa) – Azienda convenzionata con

Comune di _____

Azienda Sanitaria di _____

Qualifica ricoperta _____ contratto full time part time

(indicare percentuale: _____%) – C.C.N.L. applicato _____

8) dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

con sede in _____ (_____) Indirizzo _____

Azienda accreditata con il S.S.N. sì no (indicare l'opzione che interessa) – Azienda convenzionata con

Comune di _____

Azienda Sanitaria di _____

Qualifica ricoperta _____ contratto full time part time

(indicare percentuale: _____%) – C.C.N.L. applicato _____

9) dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

con sede in _____ (_____) Indirizzo _____

Azienda accreditata con il S.S.N. sì no (indicare l'opzione che interessa) – Azienda convenzionata con

Comune di _____

Azienda Sanitaria di _____

Qualifica ricoperta _____ contratto full time part time

(indicare percentuale: _____%) – C.C.N.L. applicato _____

La presente dichiarazione implica il consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003.

_____, ___/___/___

(firma)