

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 46 e art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

*consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità e di formazione o uso di atti falsi, si applicheranno le sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del vigente Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa e che, ai sensi dell'art. 75 del Testo unico citato decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità*

**DICHIARA**

Di aver maturato la seguente esperienza professionale:

ENTE PUBBLICO (ASL, COMUNE, PROVINCIA...) <small>(indicare denominazione e indirizzo)</small>	PERIODO		QUALIFICA/MANSIONE	TIPO RAPPORTO
	DAL ___/___/___	AL ___/___/___		

*Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e del G.D.P.R. 679/2016 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura.*

Letto, confermato e sottoscritto.

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e va inviata, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante, all'ufficio competente.