



Allegato II

Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
U.O.S. FORMAZIONE DEL PERSONALE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Nato/a a _____ il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ in Via _____ n. _____
(luogo) (prov.)

(indirizzo) _____

Matricola (o C.F. per i docenti non dipendenti dell' ASP Agrigento) _____

In servizio presso _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000.

D I C H I A R A

Ai sensi dell'art.47 .P.R. 445/2000,di aver svolto, **fuori orario di servizio** l'attività di docenza

Per l'argomento _____

in data/nelle date _____ dalle ore _____ alle ore _____

nel corso dell'evento formativo _____

Agrigento _____

IL DICHIARANTE
