

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E  
DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

(Art. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ indirizzo-e-mail \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_  
ai fini dell'affidamento dell'insegnamento di \_\_\_\_\_

nel corso di Laurea per le Professioni Sanitarie in TERAPIA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA del Dipartimento di Salute Mentale e Fisica e Medicina Preventiva - Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", attivato presso la Sede di formazione esterna ASL AVELLINO - GROTTAMINARDA con riferimento al citato anno accademico, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

**DICHIARA**

di essere dipendente di ruolo del Servizio Sanitario Nazionale e di essere in servizio presso la citata struttura del S.S.N. \_\_\_\_\_ (sede di svolgimento del corso) con la qualifica di \_\_\_\_\_  
a decorrere dal \_\_\_\_\_

**Allega copia di documento di riconoscimento in corso di validità.**

**Data.....**

Firma del Dichiarante  
(leggibile e di proprio pugno)

---