



Azienda Ospedaliera
 Ospedale
 Fatebenefratelli e
 Oftalmico
 C.so di Porta Nuova. 23



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
 (Art. 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

LA/IL SOTTOSCRITTA/O

NATA/O IL a PROV.

RESIDENTE INPROV..CAP

VIA.....n.

DICHIARA

DI ESSERE IN UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI :

- DISOCCUPATA/O ISCRITTA /O NELLE LISTE DI CUI AGLI ELENCHI DEI CENTRI PER L'IMPIEGO
- LAVORATRICE/ORE IN MOBILITA'
- LAVORATRICE/ORE IN CASSA INTEGRAZIONE STRAORDINARIA

DALL'AZIENDA

COMUNE DIPROV.

CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE, ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE, RISULTA COSI' COMPOSTO:

COGNOME E NOME	LUOGO E DATANASCITA	CODICE FISCALE	FISCALMENTE A CARICO

La/il sottoscritta/o dichiara di essere a conoscenza che la presente dichiarazione **ha validita' fino al 31.12.2010 salvo successiva proroga** e che , in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n. 445/2000.

LUOGO E DATA.....

IL DICHIARANTE.....