



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

__l__ sottoscritt__ _____

Nat__ il _____ a _____ Residente a _____ in

Via _____ n. _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di aver partecipato:

- (1) indicare la denominazione del corso di aggiornamento**
- (2) la data di espletamento**

1) DENOMINAZIONE _____

2) Data _____ **dal** _____ **al** _____

IL DICHIARANTE

Catania li _____

si conferma che il sig. _____ ha sottoscritto la dichiarazione in mia presenza.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

o in alternativa

SE INVIATA, ALLEGARE

copia fotostatica di documento di identità in corso di validità

IL DICHIARANTE

INFORMATIVA (D. Lgs. 196/03)

L’Azienda Ospedaliero Universitaria “Policlinico - Vittorio Emanuele” di Catania - informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all’assolvimento da parte dell’Azienda medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto del D. Lgs. 196/03. Titolare del trattamento dei dati è l’Azienda Ospedaliero - Universitaria “Policlinico - Vittorio Emanuele” di Catania.