

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ART. 46 DPR 28.12.2000 N. 445)

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Milano
Città Metropolitana

Class. 1.4.03

Alla SC Gestione delle Risorse Umane
C.so Italia, 52 - 20122 MI

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ (____) il _____

Residente a _____ Via _____ n _____,

dipendente di questa ATS in qualità di _____

consapevole delle sanzioni previste agli artt. 75 - 76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,

DICHIARA

- di avere prestato i seguenti servizi presso Pubbliche Amministrazioni (specificare Ente, periodo inizio/fine rapporto, cause di risoluzione, qualifica professionale rivestita, fascia economica con decorrenza dell'ultima fascia, eventuali periodi di aspettativa fruiti, % part-time o full time):

Ente _____

Dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ (gg/mm/aaaa)

Causa di risoluzione del rapporto _____

Qualifica Professionale _____

Categoria (ex Qualifica Funzionale) ____ Fascia Economica ____ decorrenza ____ / ____ / ____

Periodi Aspettativa dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ (gg/mm/aaaa)

Orario di servizio: Full Time 36h Part-Time (____ %)

Ente _____

Dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ (gg/mm/aaaa)

Causa di risoluzione del rapporto _____

Qualifica Professionale _____

Categoria (ex Qualifica Funzionale) ____ Fascia Economica ____ decorrenza ____ / ____ / ____

Periodi Aspettativa dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ (gg/mm/aaaa)

Orario di servizio: Full Time 36h Part-Time (____ %)

Ente _____

Dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ (gg/mm/aaaa)

Causa di risoluzione del rapporto _____

Qualifica Professionale _____

Categoria (ex Qualifica Funzionale) ____ Fascia Economica ____ decorrenza ____ / ____ / ____

Periodi Aspettativa dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ (gg/mm/aaaa)

Orario di servizio: Full Time 36h Part-Time (____ %)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ART. 46 DPR 28.12.2000 N. 445)

Ente _____

Dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ (gg/mm/aaaa)

Causa di risoluzione del rapporto _____

Qualifica Professionale _____

Categoria (ex Qualifica Funzionale) _____ Fascia Economica _____ decorrenza ___ / ___ / ___

Periodi Aspettativa dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ (gg/mm/aaaa)

Orario di servizio: Full Time 36h Part-Time (___ %)

Ente _____

Dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ (gg/mm/aaaa)

Causa di risoluzione del rapporto _____

Qualifica Professionale _____

Categoria (ex Qualifica Funzionale) _____ Fascia Economica _____ decorrenza ___ / ___ / ___

Periodi Aspettativa dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ (gg/mm/aaaa)

Orario di servizio: Full Time 36h Part-Time (___ %)

Luogo e data, _____

Firma del dichiarante

N.B. Fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, qualora dal controllo di cui all'art. 71 del medesimo decreto emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.