# MODULO A 1

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’**

## Resa ai sensi dell'art. 47 e 19 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445

**PER I FINI PREVISTI DALLA D.G.R. n° 39 – 14910 DEL 28 FEBBRAIO 2005 INTEGRATIVA DELL’AUTOCERTIFICAZIONE DI CUI AL PUNTO 2 DEL MODULO A CONCERNENTE LE DICHIARAZIONI DA RENDERSI – “IN MERITO ALLE RISORSE UMANE – PUNTI 2.1; 2.2; 2.3 –“**

### Il sottoscritto (C.F. )

(Cognome) (Nome)

### Nato/a a ( ), il

(luogo) (prov.)

### Residente a ( ), in

(luogo) (prov.) (indirizzo)

### n. tel indirizzo email

nella qualità di :

* Titolare del Laboratorio di ortodonzia
* Legale rappresentante del Laboratorio di ortodonzia

sito in , Via /C.so n°

C.A.P. con Partita IVA N°

**Consapevole delle sanzioni previste dal codice penale, richiamate dall'art. 76 del D.P.R.28.12.2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria personale responsabilità**

**D I C H I A R A**

che il/la sig./sig.ra , opera nel Laboratorio con la

qualifica di , **(vedere note 1 2)**, ed ha il seguente curriculum:

1. **dichiarare in modo specifico e dettagliato per ciascun titolare o socio, dipendente e collaboratore interno che**

**opera nell’Azienda: curriculum completo dei titoli di studio, master e corsi di perfezionamento frequentati, esperienze lavorative possedute.**

1. **compilare N° 1 Modulo A1 per ciascun titolare o socio, dipendente e collaboratore interno che opera nell’Azienda.**

### Lì,

(Firma del Dichiarante)

Ai sensi dell’art. 38 D.P.R. 28.12.2000 n°.445, la sopraestesa dichiarazione è sottoscritta dall’interessato in presenza del funzionario addetto, ovvero sottoscritta e inviata unitamente ad una copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, all’ufficio competente via fax, tramite un incaricato, a mezzo posta oppure per via telematica.