

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

Il sottoscritto _____ (C.F. _____)
(Cognome) (Nome)

Nato/a a _____ (_____), il _____
(Luogo) (prov.)

Residente in _____ (_____), via/c.so _____
(Luogo) (prov.) (indirizzo)

Nella qualità di:

- Titolare del Laboratorio Odontotecnico
- Legale rappresentante del Laboratorio Odontotecnico

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

DICHIARA

che garantirà la presenza, nei giorni stabiliti dagli specialisti, presso l'A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano – S.C.D.U. Odontostomatologia, del/della Sig/Sig.ra _____ che opera nel Laboratorio con la qualifica di _____.

_____, il _____

(Firma del dichiarante)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 28.12.2000 n. 445, la sopraestesa dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e inviata unitamente ad una copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore a mezzo posta.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196: i dati soprariportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati solo per tale scopo.
