

SITUAZIONE DEL PERSONALE A DISPOSIZIONE PER SOSTITUZIONI OPERANTE ALLA DATA DEL.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA'

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 del Testo Unico delle disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa)

ENTE

PRESIDIO..... TIPOLOGIA.....

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	MANSIONE (1)	ORE SETT.LI (2)	TITOLO PROF.LE (3) a	IN CORSO DI RIQUALIF. (3) b	DA RIQUALIF. (3) c	EVENTUALE ALTRO TITOLO SOCIO SANITARIO O SANITARIO (4)	DATA DI ASSUNZIONE O INIZIO LAVORO (5)	CONTRATTO APPLICATO / TIPOLOGIA di ASSUNZIONE <u>(evidenziare personale per sostituzioni)</u>	Posizione INPS	NOMINATIVO DATORE DI LAVORO

Il sottoscritto si dichiara consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false. (art. 76, D.P.R. 28/12/2000, N. 455)

FIRMA E TIMBRO:.....