Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Cremona

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'

ANAGRAFICA

Il/La sottoscritto/a

_____

Sesso M ☐ F☐ codice fiscale _____

Stato civile:
☐ celibe/nubile ☐ coniugato/a ☐ vedovo/a ☐ separato/a ☐ divorziato/a ☐ libero/a
☐ unito/a civilmente

Cittadinanza_____

Permesso di Soggiorno rilasciato da_____

In data_____scadenza_____

Motivo del rilascio_____

Stato di nascita_____

nato/a_____ il _____, Provincia (_____)

residente a _____, Provincia (_____)

C.A.P. _____in via_____

domiciliato a _____, Provincia (_____)

C.A.P. _____in via_____

RECAPITI:
n° telefono_____cellulare_____

e-mail_____

pec_____

consapevole della decadenza dai benefici di cui all'art.75 del Decreto del Presidente della Repubblica 445/2000 e dalle norme penali previste dall'art.76 del medesimo Decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi dell'art.47 del suddetto Decreto

DICHIARA

Di aver conseguito i/il seguenti/e **TITOLO DI STUDIO**:

- Il diploma di istruz. secondaria di 1° grado o assolvimento obbligo scolastico:

  _____

- Presso l'istituto:

  _____

- In data:

  _____

- Il diploma di istruzione secondaria di secondo grado:

  _____

- Presso l'istituto:

  _____

- In data:

  _____

- Laurea/Diploma di Laurea:

  _____

- Presso l'università:

  _____

- In data:

  _____

- Iscrizione Ordine e Numero:

  _____

- Provincia:

  _____

- In data:

  _____

- Altro (Attestati Corsi - Laurea specialistica -Master- Dottorato di Ricerca)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

- In possesso della carta SISS: SI ☐ NO ☐

DICHIARA

In caso di stato civile: coniugato/a oppure unito/a civilmente
Indicare di seguito i dati relativi al coniuge oppure alla parte dell'unione civile:

COGNOME:	NOME:
CODICE FISCALE:	DATA DI NASCITA:

Figli: ☐ SI ☐ NO

In caso di risposta affermativa indicare di seguito i dati relativi ai figli:

COGNOME:	NOME:
CODICE FISCALE:	DATA DI NASCITA:

COGNOME:	NOME:
CODICE FISCALE:	DATA DI NASCITA:

DICHIARA

Di aver prestato **I SEGUENTI SERVIZI:**

- **SERVIZI PREGRESSI**:

  ☐ di aver prestato servizio in qualità di dipendente a tempo indeterminato e/o determinato in Aziende Sanitarie, Enti Locali e Pubbliche Amministrazioni, come specificato nella seguente tabella:

  ☐ di aver prestato servizio in qualità di dipendente in Enti Privati (Fondazioni, Ex IPAB, ASP), come specificato nella seguente tabella:

Dichiarare tutte le tipologie di servizio prestato. **Si prega di compilare il modulo in stampatello e in modo leggibile**

Servizio prestato (indicare le date precise)		Tipologia di rapporto *	Qualifica /Livello	Denominazione e Sede
dal	al (u.g.l.)			

* Indicare la sigla

A. Rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato
B. Rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato
C. Rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato con Enti Privati
D. Rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato con Enti Privati
E. Altra tipologia specificare _____

☐ di avere servizi lavorativi o periodi ricongiungibili e/o riscattabili prima del 01/01/1996 (sistema pensionistico misto o retributivo);

☐ di non vantare alcuna anzianità contributiva (servizi lavorativi) in gestioni pensionistiche obbligatorie e di non avere periodi riscattabili prima del 01/01/1996 (sistema di trattamento pensionistico contributivo);

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Cremona

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a_____il _____,
residente a _____ in via _____

consapevole della decadenza dai benefici di cui all'art.75 del D.P.R. 445/2000 e dalle norme penali previste dall'art.76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi dell'art.47 del suddetto D.P.R.

CHIEDE

☐ Di essere esonerato dal periodo di prova presso l'A.S.S.T. di Cremona ai sensi dell'art. 40, co.11 lett. a) C.C.N.L. Comparto Sanità del 02/11/2022 in quanto titolare di un rapporto di lavoro a tempo determinato, almeno uno dei quali pari a dodici mesi ed effettivamente prestati senza soluzione di continuità:

nel seguente periodo: _____

nella qualifica di_____

presso (indicare nome Azienda): _____

☐ Di essere esonerato dal periodo di prova presso l'A.S.S.T. di Cremona ai sensi dell'art. 40, co. 11 lett. b) C.C.N.L. Comparto Sanità del 02/11/2022 in quanto ha già superato il periodo di prova:

in data: _____

a seguito di assunzione a tempo determinato o indeterminato

nella qualifica_____

presso (indicare nome Azienda): _____

Luogo e Data, _____ Firma_____