



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);



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 _____