

**ALLEGATO C**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)  
per i servizi prestati**

Io sottoscritto/a ..... nato/a a .....  
il....., residente a .....  
via ....., n.....,  
consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del  
D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARO di aver prestato servizio alle dipendenze**

**Pubblica Amministrazione** -  **Privati** -

- Indirizzo completo .....
- Con la qualifica di ..... nella disciplina di.....;
- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio ...../...../..... al ...../...../.....

- Contratto libero – professionale;  Borsa di Studio;  Specialista Ambulatoriale (SAI);
- Rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato;  tempo determinato;  Altro .....
- Tempo pieno  definito  part-time
- Indicare sempre n. ore settimanali .....
- Eventuale aspettativa senza assegni dal.....al.....; dal.....al .....

**Pubblica Amministrazione** -  **Privati** -

- Indirizzo completo .....
- Con la qualifica di ..... nella disciplina di.....;
- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio ...../...../..... al ...../...../.....

- Contratto libero – professionale;  Borsa di Studio;  Specialista Ambulatoriale (SAI);
- Rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato;  tempo determinato;  Altro .....
- Tempo pieno  definito  part-time
- Indicare sempre n. ore settimanali .....
- Eventuale aspettativa senza assegni dal.....al.....; dal.....al .....

**Pubblica Amministrazione** -  **Privati** -

- Indirizzo completo .....
- Con la qualifica di ..... nella disciplina di.....;
- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio ...../...../..... al ...../...../.....

- Contratto libero – professionale;  Borsa di Studio;  Specialista Ambulatoriale (SAI);
- Rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato;  tempo determinato;  Altro .....
- Tempo pieno  definito  part-time
- Indicare sempre n. ore settimanali .....
- Eventuale aspettativa senza assegni dal.....al.....; dal.....al .....

• Nel caso di servizi prestati nell'ambito del S.S.Nazionale deve essere precisato se ricorrono o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79. In caso positivo, deve essere precisata la misura della riduzione del punteggio di anzianità.

- Nel caso di: attività didattica, frequenza volontaria, stage, volontariato, tirocini, prestazioni occasionali ecc. utilizzare la casella  Altro, precisando la natura dell'incarico.

**In caso di ulteriori servizi, utilizzare altri moduli.**

Data .....

.....  
(firma per esteso in originale del dichiarante)

La dichiarazione sostitutiva, (debitamente sottoscritta) deve essere presentata unitamente alla fotocopia in carta semplice, non autenticata di un documento di identità in corso di validità, se la sottoscrizione non è stata effettuata in presenza del dipendente addetto (art. 38 DPR 445/2000).