

MANIFESTAZIONE D'INTERESSE
SELEZIONE PER L’AFFIDAMENTO DI INCARICO PROFESSIONALE TRIENNALE PER LO
SVOLGIMENTO DELLA FUNZIONE DI MEDICO COMPETENTE DI FARMACIATERNI SRL
UNIPERSONALE DI TERNI, AI SENSI DEL D.LGS. 9 APRILE 2008, N. 81 E SS.MM.II.

Dichiarazione sostitutiva redatta ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/La sottoscritt _____ Nato/a _____
il _____ codice fiscale _____
Residente in Via _____ n. _____
cap _____
Città _____ Provincia _____
Tel. _____ Cellulare _____ e-mail _____
PEC: _____

Compilare solo se diverso dalla residenza

Recapito cui inviare ogni documentazione c/o

Via _____ n. _____ cap _____
Città _____ Provincia _____

ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

che il proprio curriculum è:

