

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto:

Cognome..... Nome .....  
(per le donne indicare il cognome da nubile)

Nata/o a ..... (prov.....) il .....

residente in..... (prov. ....)

via ..... n.....

iscritto al ..... anno della Scuola di Specializzazione di area sanitaria in .....

.....

## DICHIARA

- che il proprio coniuge **ha/non ha** usufruito del congedo parentale, alla data odierna, nel periodo dal.....al.....in qualità di dipendente presso.....indirizzo.....
- che il proprio coniuge **non ha** usufruito del congedo per la malattia del figlio di età non superiore a tre anni nel periodo dal..... al.....
- che il proprio coniuge **non ha** usufruito del congedo per la malattia del figlio di età compresa fra i tre e gli otto anni nel periodo dal.....al.....

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (codice di protezione dei dati personali), dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'Università per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.

**Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.**

.....  
(luogo e data)

Il Dichiarante: .....  
(firma per esteso e leggibile)