

**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)  
nato a.....(prov.).....il.....  
residente in.....(prov.).....  
via.....n.....  
iscritto al.....anno della Scuola di Specializzazione di area sanitaria in.....  
.....

**D I C H I A R A**

che il proprio coniuge/l'altro genitore.....  
nato a.....(prov.).....il.....  
**ha/non ha** usufruito del congedo parentale, alla data odierna, nel periodo dal.....  
al.....in qualità di dipendente presso.....  
.....indirizzo.....  
.....

che il proprio coniuge/l'altro genitore.....  
nato a.....(prov.).....il.....  
**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/l'altro genitore.....  
nato a.....(prov.).....il.....  
**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 in 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)