



REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI
Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti
C.F. e P. Iva 02307130696

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____ nat_ a _____ il _____ residente
a _____ in Via _____ dipendente della ASL Lanciano Vasto Chieti a tempo
indeterminato/determinato presso _____, in qualità di _____, con
riferimento alla domanda di concessione del permesso retribuito di **n. 150 ore per diritto allo studio per l'anno 2020,**

consapevole di quanto stabilito dagli artt.75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445 in ordine alla responsabilità civile e penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n°445/2000

DICHIARA

di essere regolarmente iscritto/a per l'anno accademico 2019/20 al n. anno del corso di

organizzato da

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di aver usufruito delle 150 ore nell'anno 2019 e di aver sostenuto gli esami di seguito specificati:

_____, con esito _____ ;
_____, con esito _____ ;
_____, con esito _____ ;
_____, con esito _____ ;
_____, con esito _____ ;
_____, con esito _____ .

Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità _____ rilasciato da

_____.

data

.....
firma