



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(Art. 47 e 48 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Io sottoscritt_ cognome nome

nat__ ail.....

(comune) (provincia)

codice fiscale residente a

(comune) (provincia)

via n.

CAP tel. cellulare e-mail

consapevole che, in caso di dichiarazioni e uso di atti falsi, incorrerò nelle pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia,

dichiaro

di aver prestato servizio, presso Enti pubblici e/o privati e/o collaborazioni con cooperative, in qualità di

INFERMIERE/A

OSTETRICA/O

• presso: _____ (denominazione azienda)

dal: _____ al: _____ rapporto di lavoro a tempo pieno part-time

se part-time specificare percentuale _____ %, ore settimanali _____

• presso: _____ (denominazione azienda)

dal: _____ al: _____ rapporto di lavoro a tempo pieno part-time

se part-time specificare percentuale _____ %, ore settimanali _____

• presso: _____ (denominazione azienda)

dal: _____ al: _____ rapporto di lavoro a tempo pieno part-time

se part-time specificare percentuale _____ %, ore settimanali _____

• presso: _____ (denominazione azienda)

dal: _____ al: _____ rapporto di lavoro a tempo pieno part-time

se part-time specificare percentuale _____ %, ore settimanali _____



di aver prestato servizio, in regime di libera professione, in qualità di

INFERMIERE/A OSTETRICA/O

- presso: _____ (denominazione azienda)
dal: _____ al: _____ ore settimanali _____
- presso: _____ (denominazione azienda)
dal: _____ al: _____ ore settimanali _____
- presso: _____ (denominazione azienda)
dal: _____ al: _____ ore settimanali _____
- presso: _____ (denominazione azienda)
dal: _____ al: _____ ore settimanali _____

Parma,/...../.....

.....
(firma)

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità istituzionali dell'Università degli Studi di Parma (Codice in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs. 30/6/2003, N. 196 e s.m.i. e del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, n. 679/2016).