



UNIVERSITÀ DI PARMA

**Allegato 4**  
(autocertificazione attività professionale)

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

Io sottoscritt\_\_ cognome ..... nome .....

nat\_\_ a ..... il.....  
(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 in qualità di

INFERMIERE/A       OSTETRICA/O

presso: \_\_\_\_\_ (denominazione azienda)

dal: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

e  
presso: \_\_\_\_\_ (denominazione azienda)

dal: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

e  
presso: \_\_\_\_\_ (denominazione azienda)

dal: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

e  
presso: \_\_\_\_\_ (denominazione azienda)

dal: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Parma, ...../...../..... (firma) .....