



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__ 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 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)