

**AUTODICHIARAZIONE**  
(Art 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_ (nome)

Nato/a a \_\_\_\_\_ (luogo) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ (prov.)

residente a \_\_\_\_\_ (luogo) \_\_\_\_\_ (prov.) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

identificato /a a mezzo di \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

**DICHIARA**

A) di essere dipendente di \_\_\_\_\_ con la qualifica / profilo professionale

\_\_\_\_\_

B) di essere un libero professionista sanitario con la qualifica di \_\_\_\_\_ tuttora in attività

C) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.....

(luogo, data)

**Il Dichiarante**

.....