



**A.S.L. TO4**

Azienda Sanitaria Locale  
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

## MODULO A1

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

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

**Ai fini previsti dalla D.G.R. n. 39-14910 del 28/02/2005, ad integrazione dell'autocertificazione di cui ai punti 2.1, 2.2 e 2.3 del modulo A concernente le dichiarazioni da rendersi:**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

(C.F. \_\_\_\_\_) nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via/c.so \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

nella qualità di:

- Titolare del Laboratorio Odontotecnico
- Legale rappresentante del Laboratorio Odontotecnico

sito in \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

via/c.so \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

con partita IVA n. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni previste dal codice penale, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

Che il/la sig./ra \_\_\_\_\_

opera nel Laboratorio con la qualifica di \_\_\_\_\_

(vedere note 1-2) ed ha il seguente curriculum:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

