

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ  
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il sottoscritto/a .....  
nato/a a .....  
prov. ...., il ..... e residente in .....  
prov....., via ..... N°.....,

DICHIARO

- La VERIDICITÀ e l'ESATTEZZA dei dati inseriti nella SCHEDA DI ISCRIZIONE al corso di formazione manageriale di Rivalidazione dal titolo "*Ruolo e competenze del professionista nella sanità che cambia*" in collaborazione con Polis Lombardia
- di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le dichiarazioni mendaci e falsità in atti ai sensi degli artt. 38 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.;

Luogo e Data, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_