

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**  
(artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
in relazione ai permessi fruiiti a titolo di diritto allo studio/150 ore,  
consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiero e falsità negli atti,  
richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000,

## DICHIARA

sotto la propria responsabilità di **aver svolto in modalità sincrona** i seguenti corsi:

I corsi sono stati tenuti da<sup>1</sup> \_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_, PEC:

Il/la sottoscritto/a autorizza l’Azienda Sanitaria Locale di Potenza al trattamento dei dati personali forniti con la presente dichiarazione.

Data

**Firma**

(Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. n.445/2000 la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.)

<sup>1</sup> (indicare la denominazione dell'Istituto)