

AUTOCERTIFICAZIONE PENSIONATI

Il sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ il _____

Professione sanitaria _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n.445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di non aver esercitato la professione dichiarata a partire dal _____

Allega alla presente:

- 1- COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ
- 2- ALTRO

Presta il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili ai sensi del Regolamento UE 679/2016.

Data _____

Firma
