



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE

Azienda Sanitaria ZERO

Costituita con D.P.G.R. 18/02/2022 n. 9

Codice Fiscale / P.I. 12685160017

Sede legale: Via San Secondo, 29 bis – 10128 Torino

Telefono: 011.566.2241

DIREZIONE GENERALE

e-mail: direzione.generale@aziendazero.piemonte.it

pec: protocollo@pec.aziendazero.piemonte.it

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
resa ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445
(riguardante la conformità all'originale di documenti presentati in copia semplice)**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara che le copie dei seguenti documenti, allegate alla presente dichiarazione, sono conformi agli originali:

Il Dichiarante

Data _____ Firma _____

Sottoscrizione non in presenza del dipendente addetto (art. 38, D.P.R. n. 445/2000)

Allego fotocopia non autenticata fronte-retro del seguente documento di identità:

Tipo: _____ rilasciato il _____ da _____



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

REGIONE PIEMONTE

Azienda Sanitaria ZERO

Costituita con D.P.G.R. 18/02/2022 n. 9

Codice Fiscale / P.I. 12685160017

Sede legale: Via San Secondo, 29 bis – 10128 Torino

Telefono: 011.566.2241

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 29.12.2000, n. 445 (riguardante i servizi prestati)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 45/2000, dichiara il seguente servizio:

ENTE	DAL	AL	QUALIFICA	TIPO RAPPORTO *

* indicare se a tempo indeterminato, incaricato, supplente o libero professionista/consulente con indicazione dell'impegno orario settimanale ed in caso di risoluzione del rapporto di lavoro, indicarne le cause.

Per i servizi svolti, dichiara che non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79 in presenza delle quali il punteggio deve essere ridotto e dichiara altresì:

- di non aver fruito di aspettativa senza assegni;
- di aver fruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni:

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

Il Dichiarante

Data _____ Firma _____

Sottoscrizione non in presenza del dipendente addetto (art. 38, D.P.R. n. 445/2000)

Allego fotocopia non autenticata fronte-retro del seguente documento di identità:

Tipo: _____ rilasciato il _____ da _____

La presente copia e' conforme all'originale depositato presso gli archivi dell'Azienda ASL Citta' di Torino

3E-29-7F-E4-E7-AD-C2-02-C8-B5-5B-97-99-E6-74-FD-31-AE-DD-C9

CAdES 1 di 4 del 28/10/2022 11:45:23

Soggetto: Carlo Picco PCCCRL60E17L013P

Validità certificato dal 15/07/2022 13:20:59 al 15/07/2025 02:00:00

Rilasciato da InfoCert Firma Qualificata 2, INFOCERT SPA, IT con S.N. 0174 EC46



CAdES 2 di 4 del 26/10/2022 13:14:25

Soggetto: Gianluca Ghiselli GHSGLC63C13L833N

Validità certificato dal 15/07/2022 13:40:29 al 15/07/2025 02:00:00

Rilasciato da InfoCert Firma Qualificata 2, INFOCERT SPA, IT con S.N. 0174 EC90



CAdES 3 di 4 del 26/10/2022 13:08:03

Soggetto: Simonetta Pagano PGNSNT61D53F205O

Validità certificato dal 22/07/2022 10:02:25 al 22/07/2025 02:00:00

Rilasciato da InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT con S.N. 00B3 386E



CAdES 4 di 4 del 24/10/2022 11:12:07

Soggetto: Raffaella Fornero FRNRFL72L51G674A

Validità certificato dal 16/01/2020 14:30:17 al 16/01/2023 02:00:00

Rilasciato da InfoCert Firma Qualificata 2, INFOCERT SPA, IT con S.N. 0100 F9E8

