

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)**

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____
nato/a a _____ il _____
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445 del 28.12.2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere
e di formazione o uso di atti falsi,

D I C H I A R A

di aver effettuato una frequenza/tirocinio presso l'Azienda sanitaria Friuli Occidentale (As FO),
Struttura _____, sede di _____;
nelle seguenti date e orari:

data (giorno/mese/anno)	Dalle ore	Alle ore

_____ data _____ firma del frequentatore/tirocinante

VISTO DEL TUTOR

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____
in qualità di tutor del frequentatore/tirocinante,

DICHIARA

che le presenze su indicate risultano corrette.

_____ data _____ firma