

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE O ATTO DI NOTORIETA'**  
**(ai sensi degli art.46 e 47 del D.P.R. 445/2000)**

Il/la sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_\_ a\_\_\_\_\_

Il\_\_\_\_\_Codice fiscale\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_

Via\_\_\_\_\_n\_\_\_\_\_consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 in ciò

**DELEGAT\_\_\_\_\_**

dalla signora\_\_\_\_\_in relazione di parentela in qualità di  
\_\_\_\_\_impedita per motivi di salute a presenziare presso codesto Ufficio,

**DICHIARA**

CHE LA DELEGANTE E' DIPENDENTE

DA\_\_\_\_\_

CON SEDE IN \_\_\_\_\_

DAL\_\_\_\_\_CON LA QUALIFICA DI \_\_\_\_\_

CON RAPPORTO A TEMPO:

A – INDETERMINATO

B – DETERMINATO                      DAL\_\_\_\_\_ AL\_\_\_\_\_

C – STAGIONALE                      DAL\_\_\_\_\_ AL\_\_\_\_\_

ALTRE\_\_\_\_\_

ULTIMO GIORNO DI SERVIZIO \_\_\_\_\_

EVENTUALI MOTIVI DI ASSENZA \_\_\_\_\_

(specificare eventuali periodi di assenza per ferie, malattia, aspettativa con o senza assegni ecc. tra la data in cui la lavoratrice ha prestato realmente servizio e quella di rilascio del certificato medico di diagnosi e prognosi)

\_\_\_\_\_  
firma leggibile

\*Documento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*allegare in fotocopia qualora la firma non sia apposta in presenza del Funzionario incaricato.

Roma lì \_\_\_\_\_

Il Funzionario