

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' DI
CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DI COPIA
(ART. 19 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ (_____) il
_____/_____/_____ C.F. _____

residente a _____ (_____) via _____ n. _____

in qualità di _____ a rapporto:

☐ Dipendente

☒ Libero Professionista

presso **"HUMANCARE TELEMEDICINE S.R.L."**, con sede legale Acireale (CT) via Giovanni Verga 56
e sede operativa in Acireale (CT), Via Salvatore Vigo 97/H con C.F./P.I 06101620877 Email:
amministrazione@remedic.it PEC: humancaretelemedicine@pec.it telefono: 0950904525 cell:
3925905360

consapevole che le dichiarazioni sono effettuate ai sensi dell'art. 46 e conscio delle sanzioni penali, nel caso
di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

- Di lavorare come di ☐ Dipendente ☒ Libero Professionista con il seguente impegno orario
presso le strutture qui in tabella specificata.
- impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni nell'impegno orario che dovessero
verificarsi in futuro

STRUTTURA	TIPOLOGIA DI RAPPORTO	ORARIO settimanale
"HUMANCARE TELEMEDICINE S.R.L."		

Luogo e data

In fede

Catania (CT), lì/...../.....

.....

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del
dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di
identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Informativa ai sensi dell'art. 13 della legge 193/03:

**i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti
e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.**