

ALLEGATO A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 del DPR n. 445/2000)

Io sottoscritto Mario TRAINA, nato a Vittoria il 03.05.1955, residente a Chieri Via E. Baletti n. 27, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

D I C H I A R O

che le spese, di cui con la presente chiedo il rimborso, sono state effettivamente sostenute nello svolgimento delle attività inerenti le funzioni di Direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria Locale CN2, dal 01.01.2019 al 31.03.2019.

Letto, confermato e sottoscritto.

Alba, lì 16.04.2019

IL DICHIARANTE
MARIO TRAINA

*Il presente documento è sottoscritto
con firma digitale ai sensi dell'art. 21 del D.lgs. 82/2005*