



**CENTRO  
NEUROLESI  
BONINO  
PULEJO**

Istituto di Ricovero e Cura  
a Carattere Scientifico

All'Amministrazione

U.O.C. Risorse Umane  
Trattamento Economico  
Tel 090.60128510 - 090.60128517

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.p.r. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità,

**DICHIARA**

Di prestare servizio in qualità di \_\_\_\_\_, con contratto di lavoro di tipo CO.CO.CO., presso il reparto di \_\_\_\_\_ dell'IRCCS Centro Neurolesi "Bonino-Pulejo".

Di avere cumulato un numero di ore lavorative totali pari a \_\_\_\_\_ per il mese di \_\_\_\_\_, con un'eccedenza di \_\_\_\_\_ ore rispetto al limite orario minimo previsto dal contratto di lavoro.

Si allega copia di un documento di identità e della rilevazione delle timbrature del mese

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Il Dichiarante

\_\_\_\_\_  
Il Responsabile della U.O.  
Per presa visione