

| | | |
|--|----------------------------------|---|
|  <p>SERVIZIO SANTARIO REGIONALE</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</p> <p>REGIONE CALABRIA</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</p> | <h1>CERTIFICATO DI SERVIZIO</h1> | <p>Modello T</p> <hr/> <p>Pag. 1/1</p> |
|--|----------------------------------|---|

**Al Responsabile della U.O.C.
GESTIONE DEL PERSONALE**

 1 sottoscritt _____, nat a _____ il _____ residente in _____, Via/Piazza _____ Tel. _____ in servizio presso _____ con il profilo professionale di _____ e con rapporto di lavoro a tempo _____ chiede il rilascio di un certificato di servizio per uso:

 1 sottoscritt chiede:

- di poter ritirare il certificato in sede
- che il certificato sia consegnato presso l'unità operativa di appartenenza
- che il certificato sia spedito a domicilio:

Indicare domicilio se diverso dalla residenza: _____

Dichiara di essere a conoscenza che il certificato di servizio non può essere richiesto ai fini della produzione dello stesso, a nessun titolo, a Pubbliche Amministrazioni o a privati gestori di pubblici servizi¹.

Dichiara inoltre che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e che è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni mendaci ex art. 495 c.p. e ex artt. 75 e 76 del DPR 445/2000.

Il/La sottoscritto/a, dichiara di essere a conoscenza dell'Informativa per il trattamento di dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003", e di essere consapevole che 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.

Data _____

Firma _____

¹ Comma 1 art. 15, L. 12 novembre 2011, n. 183.