

(nome cognome) _____

(Indirizzo) _____

(Cap città) _____

(Telefono) _____

(mail) _____

**Al Direttore dell' U.O.C Risorse Umane
dell'A.O. "Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello"
PALERMO**

Palermo, _____

Io sottoscritt_ _____ nat_ a
_____ il _____ dipendente a tempo indeterminato di questa
Azienda Ospedaliera dal ____/____/____, con matricola _____, con qualifica di
_____ ed in servizio presso l'
U.O.C. _____ del P.O. _____,
in riferimento a quanto comunicato da codesto ufficio con nota n. _____ del
_____, **consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste dal D.P.R.
28.12.2000 n. 445 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti di
cui all'art.46-47 del citato D.P.R., e sotto la propria personale responsabilità,**

DICHIARA

di **ACCETTARE / NON ACCETTARE** il giudizio espresso dal Ministero dell'Economia e delle
Finanze - Direzione Provinciale dei Servizi Vari - Commissione Medica di Verifica di Palermo,
giusto verbale n. _____ del _____

Allega: documento di identità in corso di validità

(Firma del dipendente)