

AUTODICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

ai sensi Art. 47, D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, n. 445

Io sottoscritto/a LEONE ALDO

nato/a a SALEMI prov. di TRAPANI il 09/05/1977

residente in PALESTRO in VIA FRANCESCO BARACCA 5

Avvalendosi della facoltà di autocertificazioni prevista dall' art. 47 del D.P.R.

445 del 28 Dicembre 2000

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o produzione di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

CHE

DI NON LAVORARE IN ALTRA STRUTTURA
PUBBLICA O PRIVATA

LUOGO PA 31/03/22 (data)


DICHIARANTE

(nome e cognome)

Aldo Leone

- Si allega fotocopia di documento di riconoscimento

Cognome **LEONE**
 Nome **ALDO**
 nato il **9.5.1977**
 (atto n° **00106** P. **1** S. **A**)
 a **SALEMI (TP)**
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **PALERMO**
 Via **BARACCA FRANCESCO N.5**
 Stato civile.....
 Professione **OPERAIO**
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **1.76**
 Capelli **CASTANI**
 Occhi **CASTANI**
 Segni particolari *********


 Firma del titolare *Aldo Leone*
PALERMO **21.9.2015**
 Impresa del dito indice sinistro **IL SINDACO**
Coll. Prof. Amm. a. Pillitteri Paolo
AV 7724733

REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI
 Sesso **M**
 Codice Fiscale **LNELDA77E09H700T**
 Cognome **LEONE**
 Nome **ALDO**
 Luogo di nascita **SALEMI**
 Data di nascita **09/05/1977**
 Provincia **TP**
 Data di scadenza **11/08/2022**
 Data di nascita **09/05/1977**



REPUBBLICA ITALIANA
 COMUNE DI **PALERMO**
CARTA D'IDENTITA'
N° AV 7724733
 DI
LEONE
ALDO

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA
LEONE
ALDO
09/05/1977
LNELDA77E09H700T
SSN-MIN SALUTE - 500001
80380001900118305647
11/08/2022