

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il sottoscritto/a (cognome e nome), CF.nato/a il a
ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, e consapevole delle conseguenze e sanzioni previste rispettivamente agli art. 75 e 76
del medesimo D.P.R., sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di aver lavorato, in qualità di ASSISTENTE SOCIALE A DIRETTO CONTATTO CON L'UTENZA, nei seguenti periodi e per il seguente monte ore settimanale:

N.	ENTE (Pubblico o Consorzio o Azienda o Ente privato)	Servizio Area di intervento	Tipologia Contrattuale	DAL GG/MM/AA	AL GG/MM/AA	MONTE ORE SETTIMANALI

Data

Firma