



REGIONE ABRUZZO

DIREZIONE POLITICHE AGRICOLE E DI SVILUPPO RURALE FORESTALE, CACCIA, PESCA EMIGRAZIONE

_____ O _____

DECRETO LEGISLATIVO 15 MAGGIO 1999, N. 165, ART. 3 BIS E DECRETO MINISTERIALE 27 MARZO 2008.

Modello "Pers02" – Elenco Personale sede operativa

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(ART. 47 DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445)

IL SOTTOSCRITTO | _____ | _____ |
Cognome Nome

DATA DI NASCITA | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
giorno mese anno COMUNE DI NASCITA PROV. SESSO

In qualità di legale rappresentate del CAA | _____ |
ai sensi e per gli effetti del DM 27 marzo 2008 e dell'articolo 3 bis del DLgs 165/99 e successive modifiche ed integrazioni,
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate
dall'articolo 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

che il personale operante presso la propria sede CAA sita nel comune di | _____ |

Prov. | _____ | via | _____ | n. | _____ |

consta di n _____ persone ed è il seguente:

| _____ | _____ |
Cognome Nome

DATA DI NASCITA | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
giorno mese anno COMUNE DI NASCITA PROV. SESSO

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO | _____ | _____ | TELEFONO

COMUNE | _____ | PROV. C.A.P. | _____ |

QUALIFICA | _____ | C.F. | _____ |

| _____ | _____ |
Cognome Nome

DATA DI NASCITA | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
giorno mese anno COMUNE DI NASCITA PROV. SESSO

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO | _____ | _____ | TELEFONO

COMUNE | _____ | PROV. C.A.P. | _____ |

QUALIFICA | _____ | C.F. | _____ |

| _____ | | _____ |
Cognome Nome

DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA PROV. SESSO
|__| |__| |____| | _____ | |____| |____|
giorno mese anno

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO TELEFONO
| _____ | |____| |____|

COMUNE PROV. C.A.P.
| _____ | |____| |____|

QUALIFICA | _____ | C.F. | _____ |

| _____ | | _____ |
Cognome Nome

DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA PROV. SESSO
|__| |__| |____| | _____ | |____| |____|
giorno mese anno

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO TELEFONO
| _____ | |____| |____|

COMUNE PROV. C.A.P.
| _____ | |____| |____|

QUALIFICA | _____ | C.F. | _____ |

| _____ | | _____ |
Cognome Nome

DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA PROV. SESSO
|__| |__| |____| | _____ | |____| |____|
giorno mese anno

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO TELEFONO
| _____ | |____| |____|

COMUNE PROV. C.A.P.
| _____ | |____| |____|

QUALIFICA | _____ | C.F. | _____ |

| _____ | | _____ |
Cognome Nome

DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA PROV. SESSO
|__| |__| |____| | _____ | |____| |____|
giorno mese anno

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO TELEFONO
| _____ | |____| |____|

COMUNE PROV. C.A.P.
| _____ | |____| |____|

QUALIFICA | _____ | C.F. | _____ |

_____			_____		
Cognome			Nome		
DATA DI NASCITA		COMUNE DI NASCITA		PROV.	SESSO
__	__	_____	_____	__	__
giorno	mese	anno			
INDIRIZZO E NUMERO CIVICO				TELEFONO	
_____				__ _____	
COMUNE				PROV.	C.A.P.
_____				__	__
QUALIFICA _____			C.F. _____		

_____			_____		
Cognome			Nome		
DATA DI NASCITA		COMUNE DI NASCITA		PROV.	SESSO
__	__	_____	_____	__	__
giorno	mese	anno			
INDIRIZZO E NUMERO CIVICO				TELEFONO	
_____				__ _____	
COMUNE				PROV.	C.A.P.
_____				__	__
QUALIFICA _____			C.F. _____		

_____			_____		
Cognome			Nome		
DATA DI NASCITA		COMUNE DI NASCITA		PROV.	SESSO
__	__	_____	_____	__	__
giorno	mese	anno			
INDIRIZZO E NUMERO CIVICO				TELEFONO	
_____				__ _____	
COMUNE				PROV.	C.A.P.
_____				__	__
QUALIFICA _____			C.F. _____		

Si allegano alla presente i curriculum vitae e/o le eventuali attestazione o autocertificazione dell'iscrizione all'albo professionale del personale indicato dal quale si evincano i requisiti professionali previsti dalle "Linee guida relative ai requisiti minimi di garanzia funzionamento e vigilanza delle sedi operative CAA" della Regione Abruzzo.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della Legge n. 675/96 il sottoscritto autorizza l'acquisizione ed il trattamento, anche informatico, dei dati contenuti nel presente modello, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo

Data

Firma del richiedente ()**

(**) Ai sensi dell'articolo 38 DPR 445 del 28/12/2000, l'istanza e le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e inviate insieme alla copia, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.