DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

La sottoscritta **Maria Grazia Furnari** nata a **Palermo (PA)**, il **31/10/1962** CF **FRNMGR62R71G273V** residente a Palermo in via M. Rapisardi n. 53, in qualità di legale rappresentante e **Direttrice Generale** dell' **Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone"** con sede in Palermo Via del Vespro n. 127, 90127 Palermo. Partita Iva n. 05841790826 , recapito telefonico **+39 091 6555204,** e-mail **direzione.generale@policlinico.pa.it,** P.E.C. protocollo@cert.policlinico.pa.it, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di formazione di atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

Di aver preso visione dell'Avviso e dei relativi allegati e di accettarne incondizionatamente le relative previsioni e disposizioni.

Palermo,

Il Dichiarante

Dott.ssa Maria Grazia Furnari