

**Spett.le Segreteria Regionale  
S.A.Di.R.S.  
Via Leonardo Da Vinci, 94  
900145 PALERMO**

**OGGETTO: AUTOCERTIFICAZIONE**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A** \_\_\_\_\_

**IN SERVIZIO PRESSO** \_\_\_\_\_

**CON LA PRESENTE DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

**DI AVERE SVOLTO, IN DATA** \_\_\_\_\_ **, ATTIVITA'**

**SINDACALE.**

**FIRMA**

\_\_\_\_\_