

**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
