



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

MODULO
Dichiarazione sostitutiva di
notorietà

concernente fatti, stati o qualità personali a diretta conoscenza dell'interessato
(artt. 19 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a.....nato/a a

in data residente a

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia; consapevole di incorrere nella decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione e, consapevole altresì che ove i suddetti reati siano connessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione temporanea dai pubblici uffici, sotto la propria responsabilità,

con riferimento alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per l'attribuzione dell'incarico di direzione della struttura complessa "**U.O. Direzione Medica Presidio Ospedaliero Rimini**", emesso con determinazione n. 451 del 13/02/2023

DICHIARA

che la fotocopia allegata del documento di riconoscimento (*carta d'identità, patente di guida, passaporto...*) _____ n. _____, rilasciato da _____ in data _____, con scadenza _____ corrisponde all'originale esibito durante le operazioni di identificazione;

.....

.....

Ravenna, 7 giugno 2023

Il Dichiarante

Allegata copia di un documento di identità in corso di validità