

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p>	<p><b>MODULO</b> <b>Dichiarazione sostitutiva di</b> <b>notorietà</b></p>	

**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,

**AUTODICHIARAZIONE RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE AL COLLOQUIO  
PREVISTO DALL'AVVISO DI SELEZIONE INTERNA PER TITOLI E COLLOQUIO, PER IL  
CONFERIMENTO AL PERSONALE DEL COMPARTO DI INCARICHI DI FUNZIONE  
DIREZIONE INFERMIERISTICA E TECNICA**

*di cui all'avviso di selezione interna emesso con determinazione n. 1921 del 16/06/2021, scadenza termini 6/7/2021  
Integrato, con esclusivo riferimento all'incarico ARA3-141,  
con determinazione n. 1939 del 18/06/2021 scadenza termini del 8/7/2021*

**D I C H I A R A**

che l'allegata fotocopia 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;

.....

.....

Il, .....

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_

**Allegata copia di un documento di identità in corso di validità**