



**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 all'avviso di selezione interna per titoli e colloquio per il conferimento
dell'INCARICO DI FUNZIONE PIAT18*

**“ATTIVITA' DI SUPPORTO AI CLINICI: SEGRETERIE DI DIREZIONE OSPEDALIERE E TERRITORIALI E
REFERENTI SUPPORTO AMM. DIP.TI DI FORLI'-CESENA”
UO PIATTAFORMA AMMINISTRATIVA FORLI'-CESENA**

**(di cui a prot. n. 2021/0241313/P del 01/09/2021 *termini per la presentazione delle domande sono scaduti il
21/9/2021*)**

D I C H I A R A

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;

.....

.....

Il,

Il Dichiarante

Allegata copia di un documento di identità in corso di validità