

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

con riferimento alla domanda di partecipazione **al pubblico avviso per riservato agli iscritti negli elenchi del collocamento obbligatorio dei disabili, di cui all'art. 8, comma 2, della legge n. 68/99 e s.m.i., in qualità di Operatore Tecnico VIDEOTERMINALISTA cat. B** (emesso con determinazione n. 3296 del 08/11/2021)

D I C H I A R A

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

.....

.....

.....

Forlì, 11 febbraio 2022

Il Dichiarante

Allegata copia di un documento di identità in corso di validità