SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna	**MODULO** **Dichiarazione sostitutiva di notorieta'**	**ALLEGATO C**

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 _____ In data _____, residente a _____ consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, le dichiarazioni mendaci i, 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'espletamento della prova orale del CONCORSO PUBBLICO A N. 1 POSTO DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – OSTETRICA, Cat. D
(pubblicato sul Bollettino Ufficiale Regione Emilia Romagna n.63 del 09.03.2022 e sulla Gazzetta Ufficiale – 4^ serie speciale "Concorsi ed esami" n. 21 del 15.03.2022 - scadenza termini per la presentazione delle domande 14.04.2022)

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 Dichiarante

Il, …… _____

Allegata copia di un documento di identità in corso di validità