

 <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 partecipazione al colloquio

AVVISO INTERNO AL PERSONALE DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO DELL'AZIENDA USL DELLA ROMAGNA appartenente al profilo DEL RUOLO AMMINISTRATIVO nel profilo di COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE, cat. D, oppure ASSISTENTE AMMINISTRATIVO cat. C. PER ATTIVITÀ NELL'AMBITO DELLA U.O. BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI – UFFICIO ENTRATE sede: Forlì, Ospedale Morgagni – Pierantoni Padiglione VALSALVA, Via Carlo Forlanini, 34

(avviso pubblicato il 22 aprile 2022 - termini per la presentazione delle domande scaduti il 23 maggio 2022)

D I C H I A R A

di essere in regola con gli obblighi vaccinali anti Covid-19 previsti, sulla base delle vigenti disposizioni normative, per i dipendenti dell'Azienda USL della Romagna;

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 Dichiarante

Il, _____

Allegata copia di un documento di identità in corso di validità