

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

**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, 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
**CONCORSO PUBBLICO A N. 1 POSTO DI COLLABORATORE PROFESSIONALE
SANITARIO – TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA, Cat. D**

(pubblicato sul Bollettino Ufficiale Regione Emilia Romagna n 266 del 07.09.2022 e sulla Gazzetta Ufficiale – 4^ serie speciale "Concorsi ed esami" n. 77 del 27.09.2022 - scadenza termini per la presentazione delle domande 27.10.2022)

D I C H I A R A

- che quanto dichiarato nella domanda online di partecipazione al concorso in oggetto corrisponde al vero e che la documentazione allegata corrisponde all'originale in mio possesso;
- 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