



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 il \_\_\_\_\_

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 prova orale del **Concorso pubblico, per titoli ed esami, in qualità di TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO** – Area dei Professionisti della salute e dei Funzionari ruolo sanitario (scad. bando 16/03/2023)  
(pubblicato sul Bollettino Ufficiale Regione Emilia Romagna n.19 del 25.01.2023 e sulla Gazzetta Ufficiale – 4<sup>a</sup> serie speciale "Concorsi ed esami" n. 12 del 14.02.2023 - scadenza termini per la presentazione delle domande 16.03.2023)

**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**  
Firma autografa o elettronica certificata

\_\_\_\_\_

li \_\_\_\_\_

**allegata copia documento di identità in corso di validità**