



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 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  
**"Dirigente Medico di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro"**  
(B.U.R.E.R n. 256 del 20/09/2023 e G.U. n. 77 del 10/10/2023).

**DICHIARA**

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;

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;

di essere iscritto alla scuola di specializzazione in \_\_\_\_\_  
Università di \_\_\_\_\_  
anno di iscrizione \_\_\_\_\_ - durata legale del corso anni \_\_\_\_\_ e  
che, per quanto a me noto alla data odierna, la data presunta di conseguimento del titolo è  
\_\_\_\_\_;

.....

data, .....

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_

**Allegata copia di un documento di identità in corso di validità**