

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p>	MODULO Dichiarazione sostitutiva di notorietà'	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 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 **CONCORSO PUBBLICO PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – DIETISTA, Cat. D (Bur n. 161 del 20/5/2020 e G.U. n. 41 del 26/5/2020**

D I C H I A R A

- che la fotocopia allegata del documento di riconoscimento _____ (*carta d'identità, patente di guida, passaporto...*), 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 le documentazione allegata corrisponde all'originale in mio possesso;
- che successivamente alla presentazione della domanda di partecipazione al presente concorso, si è perfezionata la procedura di iscrizione all'Albo dei Dietisti della Provincia di _____ mediante iscrizione in data _____ al Nr. _____;
-
-

Il,

Il Dichiarante

Allegata copia di un documento di identità in corso di validità