

 <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 domanda di partecipazione al pubblico concorso a n. 1 posto di
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO ASSISTENTE SANITARIO CAT.D.
(emesso con determinazione n. 3749 del 17/11/2020)

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;

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;

.....

.....

Il,

Il Dichiarante

Allegata copia di un documento di identità in corso di validità