

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

**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 CONCONSO PUBBLICO A N. 1 POSTO DI DI  
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO  
BIOMEDICO, Cat. D

*indetto con determinazione n. 642 del 01/03/2021 – scadenza termini per la presentazione delle domande scaduti il  
22/04/2021*

**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;

di aver conseguito il titolo abilitante la professione di Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_  
presso la Facoltà / Dipartimento \_\_\_\_\_  
dell'Università di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
.....  
.....  
.....

\_\_\_\_\_  
.....  
.....  
.....

Il Dichiarante

Il, ..... \_\_\_\_\_

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