



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 all'AVVISO INTERNO FINALIZZATO ALLA RICERCA DI PERSONALE DIPENDENTE
DEL PROFILO DI ASSISTENTE SOCIALE, A TEMPO INDETERMINATO DELL'AZIENDA USL DELLA
ROMAGNA, INTERESSATO ALL'ASSEGNAZIONE IN DIVERSA STRUTTURA

(pubblicato il 17/05/2021 - termini per la presentazione delle domande scaduti il 16/06/2021)

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;

.....

.....

Il,

Il Dichiarante

Allegata copia di un documento di identità in corso di validità