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 pubblico avviso mobilità volontaria per Operatore Tecnico Specializzato Centralinista cat. B liv. ec. super BS** (pubblicato sul WEB il 19/11/2020)

D I C H I A R A

☐ che la fotocopia allegata del documento di riconoscimento _____ (*carta d'identità, patente di guida, passaporto…*), 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