

 <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

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, per titoli e colloquio, **Dirigente Medico di Medicina Fisica e Riabilitazione** (pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n. 303 del 02/11/2023)

D I C H I A R A

- che la allegata fotocopia 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 all'avviso in oggetto corrisponde al vero e che la documentazione allegata corrisponde all'originale in mio possesso;
- di essere iscritto alla scuola di specializzazione in
Università di
anno di iscrizione - durata legale del corso anni e che, per quanto a me noto alla data odierna, la data presunta di conseguimento del titolo è;
-
-

Ravenna, 6 febbraio 2024

Il Dichiante

Allegata copia di un documento di identità in corso di validità