SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna	**MODULO** **Dichiarazione sostitutiva di notorieta'**	

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**
DIRIGENTE MEDICO DI MEDICINA TRASFUSIONALE (emesso con determinazione n. 1021 del 14/3/2020)

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;

☐ 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 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 _____;

☐ ……...
……..

☐ ……...
……..

Il, …… Il Dichiarante

_____

Allegata copia di un documento di identità in corso di validità