

 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 all'

AVVISO INTERNO

AL PERSONALE DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO

DELL'AZIENDA USL DELLA ROMAGNA

appartenente ai profili del RUOLO AMMINISTRATIVO

finalizzato alla ricerca di personale interessato all'assegnazione in diversa struttura

per le specifiche esigenze delle

U.O. MEDICINA LEGALE E GESTIONE DEL RISCHIO, AMBITO DI FORLÌ

- ☐ 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;
- ☐
- ☐

Il Dichiarante

Il, _____

Allegata copia di un documento di identità in corso di validità