

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p>	<p>MODULO n. 23</p> <p><b>Dichiarazione sostitutiva di notorietà'</b></p> <p><i>concernenti fatti, stati o qualità personali a diretta conoscenza dell'interessato</i></p> <p><i>artt. 19 e 47 D.P.R. n.445 del 28.12.2000</i></p>	<p><b>Rev. 1.0 Pag. 1/1</b></p>
<p>U.O.C. Gestione Economica Risorse Umane</p> <p>UOS Assenze Presenze</p>		

**Il/la sottoscritto/a**

\_\_\_\_\_ (cognome nome)

**nato/a a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_  
 (comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato) (provincia) (data di nascita)

**residente a** \_\_\_\_\_  
 (comune di residenza) (provincia)

**in** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_  
 (indirizzo)

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,

**DICHIARA**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

**IL DICHIARANTE**

Li, \_\_\_\_\_  
 (Luogo e Data)