



MODULO

C.F./Partita IVA 00278770136

AREA RISORSE UMANE

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 47, D.P.R. 28.12.2000, N. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

In relazione alla domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico pubblicato sul sito dell'Ospedale per \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445

**D I C H I A R A**

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

che le copie dei documenti sotto elencati ed allegati, sono conformi agli originali:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA'

N.B.: La dichiarazione di cui sopra deve essere completata di tutti gli elementi atti ad individuare le copie dei documenti alla stessa allegati.

**L'Amministrazione si riserva la facoltà di procedere ad idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive. Qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decade dai benefici conseguenti, fermo quanto previsto dall'art. 76, del D.P.R. 28/12/2000, n. 445.**