



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.