Allegato B

MODULO PER LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI
(ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a_____ _____
Nato/a_____(Prov._____) il _____
Residente a _____(Prov._____)
In via/piazza _____n°_____

consapevole delle sanzioni penali cui va incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 455/2000 e dalla decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni false e mendaci, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

con riferimento alla domanda di partecipazione alla selezione pubblica, per titoli ed esami, finalizzata alla formazione di una graduatoria valida per l'assunzione di personale a tempo determinato nel Profilo Professionale di "Operatore Socio Sanitario", Cat. B3, pos. ec. B3, C.C.N.L. Comparto Regioni- Autonomie Locali, indetta da codesta Azienda

- ☐ di essere in possesso del titolo di studio di_____
  conseguito il _____presso_____votazione____ _____

- ☐ di essere in possesso dell'attestato di qualifica professionale di _____
  conseguito il _____presso_____con votazione _____

- ☐ di essere in possesso del titolo di servizio
  _____
  _____
  _____

- ☐ di essere in possesso del titolo di preferenza di cui all'art. 5 del D.P.R. n. 487/1994 e s.m.i._____
  _____

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs 30.06.2003 n. 196, nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega copia fronte retro del seguente documento di riconoscimento in corso di validità

Luogo e data_____ Firma del dichiarante_____

N.B.: La presente dichiarazione di autocertificazione non necessita dell'autenticazione della firma, è esente da imposta da bollo e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.