Allegato C

MODULO PER LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
ai sensi dell'art. 47 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

che le copie dei documenti sotto elencati ed allegati sono conformi agli originali in mio possesso
_____
_____
_____
_____
_____

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

Luogo e data_____ Firma del dichiarante_____