ALLEGATO C)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’

(ART. 47 DPR 445/2000)

In riferimento alla domanda di partecipazione alla procedura di selezione per il conferimento dell'incarico, di durata di anni 3 (leggasi tre), di Direttore Sanitario del Centro di Medicina Preventiva dell’IPA

il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 DPR 445/2000 in ordine alle responsabilità, anche penali, in cui incorre chi renda dichiarazioni false o non veritiere, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che le allegate copie dei sottoelencati documenti sono conformi agli originali:

1.

2.

3.

4.

5.

n.

Data...................

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

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

Alla presente dichiarazione va allegata copia fotostatica di un valido documento di riconoscimento.