

(ALLEGATO A)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(artt. 47 e 19 DPR n. 445 del 28.12.2000)**

RIFERIMENTO: Concorso/Avviso per _____

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (_____) il _____
residente a _____ via _____ n. _____,
consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, nel caso di
dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,

DICHIARA CHE

- la copia della certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria in ordine ai benefici della legge 104/92, qui allegata è conforme all'originale
- le pubblicazioni di seguito elencate e allegate sono conformi all'originale
- il titolo di operatore socio sanitario o equipollente non rilasciato da ente pubblico, qui allegato, è conforme all'originale
- il diploma o attestato di _____ non conseguito nella Regione Veneto, è equipollente al titolo di operatore socio sanitario, ai sensi di _____ (indicare degli estremi della normativa che dispone l'equipollenza).

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D. Lgvo n. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
Allega copia della domanda firmata e fotocopia del documento di riconoscimento valido.

Luogo e data _____

Il/La dichiarante
