

(ALLEGATO A)

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

RIFERIMENTO: Concorso n. 6/2017 per Dirigente Medico disciplina Chirurgia Vascolare.

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, quì allegata è conforme all'originale
- le pubblicazioni di seguito elencate sono conformi all'originale

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

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D. Leg.vo 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
