

Al DIRETTORE GENERALE
Azienda U.L.S.S. n. 10 Veneto Orientale
Piazza De Gasperi, 5
30027 SAN DONA' DI PIAVE (VE)

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

RIFERIMENTO: concorso pubblico, per titoli ed esami (ed eventuale preselezione), per la copertura di n. 1 posto di collaboratore professionale sanitario educatore professionale (cat. D), bando prot. n. _____ del _____

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 dicembre 2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,

DICHIARA

1. di essere familiare di cittadino UE non avente la cittadinanza di uno stato membro e che il certificato di diritto di soggiorno o diritto di soggiorno permanente di seguito indicato e allegato è conforme all'originale (cfr. requisiti di ammissione punto **a1**):
.....
- di essere cittadino di paese terzo titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo ovvero titolare dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria e che il certificato di seguito indicato e allegato è conforme all'originale (cfr. requisiti di ammissione punto **a2**):
.....
2. che il decreto di equivalenza ovvero di equipollenza del titolo di studio di _____ conseguito all'estero presso _____, di seguito indicato e allegato, è conforme all'originale:
.....
3. che la documentazione che attesta l'equiparazione del servizio di _____ prestato all'estero presso _____, di seguito indicato e allegato, è conforme all'originale:
.....
4. che le pubblicazioni di seguito indicate e allegate sono conformi all'originale:
.....
5. che la certificazione medica, rilasciata da una struttura sanitaria abilitata, comprovante lo stato di disabilità, che attesta la necessità di ausili e/o tempi aggiuntivi, ai sensi dell'art. 20 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 e la dichiarazione che attesta l'ausilio necessario in relazione alla propria disabilità nonché la necessità di tempi aggiuntivi per l'espletamento delle prove d'esame, di seguito indicata e allegata, è conforme all'originale:
.....
6. che la certificazione medica, rilasciata da una struttura sanitaria abilitata, comprovante lo stato di handicap uguale o superiore all'80%, ai sensi dell'art. 20, comma 2 bis, della legge n. 104/1992 e s.m.i., ai fini dell'esonero dalla partecipazione all'eventuale prova preselettiva, di seguito indicata e allegata, è conforme all'originale:
.....

Dichiaro 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.

Allego fotocopia del documento di riconoscimento valido.

Luogo e data

Il/La dichiarante