

COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO

LOGOPEDISTA – CATEGORIA D

ALLEGATO
per la documentazione integrativa
utilizzare solo per i documenti
di cui alla SEZIONE C) del Bando

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’
PER CONFORMITA’ FOTOCOPIE AGLI ORIGINALI**

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a a il ___/___/___
sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del
D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

DICHIARA

(ai sensi dell’art. 19 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

I seguenti documenti **elencati** dettagliatamente, **presentati in fotocopia**, sono conformi
all’originale:

-
-
-
-

.....
(data)

.....
(firma)