

**COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO**  
**TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA – 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)**