(ALLEGATO A)

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

RIFERIMENTO: Concorso n. 2/2017 per Dirigente Medico disciplina Ortopedia e Traumatologia.

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

_____