

Il/la sottoscritto/a.....nato/a .....(prov.....)  
il.....residente in..... (prov..... ) Via .....  
n.....

Consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R 28.12.2000, n. 445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace e di falsità in atti (articoli 483, 495 e 496 del codice penale) e sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, e sotto la propria personale responsabilità dichiara quanto segue :

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

- che le copie dei documenti sotto elencati e allegati alla domanda di **Avviso di Mobilità per la copertura di n. posti di COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – TECNICO SANITARIO DI**

sono conformi agli originali:

- dichiara, altresì, il possesso delle certificazioni o degli stati, qualità personali o fatti sotto elencati:

(in caso di insufficiente spazio a disposizione continuare l'elencazione su un foglio allegato specificando che trattasi di integrazione della dichiarazione)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

in sostituzione delle normali certificazioni , di essere in possesso dei sotto elencati titoli :  
(ad esempio: iscrizione all'albo professionale, possesso del titolo di studio, titoli di specializzazione, di abilitazione, stato di famiglia)

data.....

Il/la dichiarante  
(firma per esteso e leggibile)

**Allega copia in carta semplice del documento di identità**