



Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord

Mod. B (allegato alla determina n. 648 del 2011)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

*Concernente fatti, stati o qualità personali a diretta conoscenza dell'interessato
(artt. 19 e 47, D.P.R. n. 445/2000)*

Il sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____
il _____ residente/domiciliato a _____
via _____ n _____ prov. _____ c.a.p. _____

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti;
- consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione;
sotto la propria responsabilità

DICHIARA

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Lì.....

Il/La Dichiarante

Allega alla presente copia di un documento di riconoscimento.