

“ ALLEGATO 2” al Bando di Avviso Pubblico per conferimento di n° 1 incarico a Collaboratore Professionale Assistente Sociale Cod 004

DICHIARAZIONE AUTENTICITA' COPIE FOTOSTATICHE DOCUMENTI e TITOLI in allegato alla domanda di partecipazione Avviso Pubblico per selezione, emanato dall'Azienda Ospedaliera dei Colli – Monaldi – Cotugno – C.T.O. -, per il conferimento di un incarico di collaborazione professionale a tempo determinato con un impegno orario di sedici ore settimanali della durata di mesi dodici, quale Collaboratore Professionale Assistente Sociale per attività da svolgersi per il Servizio Ospedalizzazione Domiciliare (S.O.D.)

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a _____ il _____ documento di identità/riconoscimento n° _____, rilasciato da _____ il _____ allegato in fotocopia non autenticata alla presente, ai sensi di quanto disposto in materia dall'art. 47 del DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, consapevole delle responsabilità penali e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

che tutti i documenti e titoli presentati, in fotocopia e di cui al prescritto elenco documenti, allegati alla domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico per selezione per il conferimento di un incarico di collaborazione professionale a tempo determinato con un impegno orario di sedici ore settimanali, della durata di mesi dodici, a Collaboratore Professionale Assistente Sociale, sono conformi all'originale.

Data _____ Firma _____

