

**Azienda Ospedaliera dei Colli**

**Via L. Bianchi s.n.c. – 80131 NAPOLI Codice Fiscale /Partita I.V.A. n° 06798201213**

***ALLEGATO 2¨ al Bando di Avviso Pubblico***

**FAC SIMILE DICHIARAZIONE AUTENTICITA’ COPIE FOTOSTATICHE DOCUMENTI e TITOLI** presentati in allegato alla domanda di partecipazione all’ Avviso Pubblico, per titoli ed esame colloquio, finalizzato al conferimento di una borsa di studio - della du­rata di 12 mesi – ad un laureato in controllo di qualità del settore farmaceutico ospedaliero o titolo equipollente, previsto dal DMS del 30.01.98 e successive modifiche ed integrazioni, da espletarsi - - in attività clinica e di ricerca per la realizzazione del progetto “funzioni di supporto ai farmaci della Farmacia dell’Ospedale Cotugno”, in particolare finalizzato ad espletare funzioni di supporto alla farmacista responsabile dell’ambulatorio di distribuzione diretta dei farmaci della Farmacia dell’Ospedale Cotugno..

 indetto con deliberazione n° \_\_\_\_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- documento di identità / riconoscimento \* n° , ri­
lasciato da il -, in corso di validità, già allega­
to, in fotocopia non autenticata, alla domanda di partecipazione all’Avviso Pubblico in
argomento, 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 de­
cadenza dai benefici eventualmente conseguiti cui può andare incontro in caso di di­
chiarazioni 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 in epigrafe alla presente dichiarazione, sono conformi ai rispettivi
originali in possesso del/la sottoscritto/a.
Data Firma

* ***Indicare solo la propria relativa posizione***