 

**ALLEGATO (2)**

**DICHIARAZIONE AUTENTICITA’ COPIE FOTOSTATICHE DOCUMENTI e TITOLI PRESENTATI in ALLEGATO alla DOMANDA di PARTECIPAZIONE .**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, - documento di identità / riconoscimento **\*** n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, allegato in fotocopia non autenticata alla presente, ai sensi di quanto disposto in materia dal DPR 445/2000, 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 alla Procedura Comparativa per il conferimento di un incarico professionale di collaborazione di natura autonoma con impegno orario pari a complessive \_\_\_\_\_ oreper n. \_\_\_ fisioterapista, finalizzato alla realizzazione dell’intervento sperimentale n. 6 “Interventi mirati alla conciliazione dei tempi – Azione “Anziani” rientrante nel Progetto Work Life Balance finanziato a valere sul Programma Operativo Regionale del Fondo europeo di sviluppo regionale, nell’ambito degli Accordi territoriali di genere" P.O.R. FSE Campania 2007-13, Asse II, obiettivo specifico f), obiettivo operativo 2 (CUP B69G13001080007) sono conformi all'originale.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_