***“ 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 sei mesi - a medico specialista in Malattie dell’apparato respiratorio o titolo equipollente, previsto dal DMS del 30.01.98 e successive modifiche ed integrazioni, da espletarsi - in 38 ore settimanali articolate su 5 giorni a settimana - in attività clinica e di ricerca sulle patologie delle vie aeree ed, in particolare, su “Aspetti fisiopatologici nelle malattie ostruttive respiratorie” presso l’U.O.C. 1^ Clinica Pneumologica Università degli Studi di Napoli “Federico II” dell’Ospedale Monaldi, attualmente diretta dal Prof. Antonio Molino, finanziata, con relativo contributo liberale di €uro 10.000,00 (diecimila/00) dalla Chiesi Farmaceutici S.p.a., indetto con deliberazione **n° 586 del 30 maggio 2014**.

----------------------------------------------------

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a ………………………………… in ……………………………..- documento di identità / riconoscimento \* n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ -, in corso di validità, già allegato, in fotocopia non autenticata, alla domanda di partecipazione all’Avviso Pubblico in epigrafe, 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 in epigrafe alla presente dichiarazione, sono conformi ai rispettivi originali in possesso del/la sottoscritto/a.

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

***\* Indicare solo la propria relativa posizione.***