

“ ALLEGATO 2” al Bando di Avviso Pubblico per conferimento di n° 1 incarico a Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Cod 003

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 ventotto ore settimanali, con possibilità di integrazione del tetto orario fino al limite massimo previsto dalle vigenti disposizioni normative, della durata di mesi dodici, quale Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere – per attività da svolgersi per il Servizio Ospedalizzazione Domiciliare (S.O.D.) - (**CODICE n. 003**)

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 dell' art. 47 del DPR 445/2000 e s.m.i., 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 ventotto ore settimanali, con possibilità di integrazione del tetto orario fino al limite massimo previsto dalle vigenti disposizioni normative, della durata di mesi dodici, quale Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere, sono conformi all'originale.

Data _____ Firma _____

