

“ALLEGATO 2” al Bando di Avviso Pubblico per conferimento di n° 2 incarichi a Medici in possesso di specializzazione in malattie Infettive Cod 002

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 due incarichi di collaborazione professionale a tempo determinato con un impegno 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 Dirigente Medico Specialista in Malattie Infettive per attività da svolgersi per il Servizio Ospedalizzazione Domiciliare (S.O.D.) - (**CODICE 002**)

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 due incarichi 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 disposizioni vigenti normative della durata di mesi dodici, quale Dirigente Medico Specialistia in Malattie Infettive, sono conformi all'originale.

Data _____ Firma _____

