

**ALLEGATO B**

**FAC-SIMILE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE** resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i..

**FAC-SIMILE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ** resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i..

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_,  
nat\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) al \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, in relazione alla  
domanda di partecipazione al **Bando di mobilità volontaria ai sensi dell'art. 30 comma 1 del D. Lgs. n. 165/2001** per l'assunzione a tempo pieno e indeterminato, mediante passaggio diretto tra amministrazioni diverse, di n. 2 risorse di categoria **D** profilo professionale di **Collaboratore Professionale Sanitario** CCNL personale non dirigente del SSN (**codice MOB-CPS**) consapevole di quanto rispettivamente prescritto dagli artt. 75 e 76 del citato D.P.R. sulla decadenza dai benefici conseguenti a provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera e sulla responsabilità penale prevista per chi rende false dichiarazioni, forma od usa atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità

**DICHIARA**

Ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. che le fotocopie dei documenti allegati alla domanda di partecipazione alla selezione e di seguito elencati, sono conformi all'originale, nonché i seguenti stati, fatti e qualità personali:

1. \_\_\_\_\_ ;
2. \_\_\_\_\_ ;
3. \_\_\_\_\_ ;
4. \_\_\_\_\_ ;

Luogo e data \_\_\_\_\_

**FIRMA LEGGIBILE (\*)**

\_\_\_\_\_  
(non è richiesta l'autenticazione)

**(\*) La firma è obbligatoria pena l'esclusione dalla selezione. E' obbligatorio altresì allegare copia di un documento di riconoscimento in corso di validità pena l'esclusione dalla selezione.**