

**SELEZIONE PUBBLICA PER TITOLI PER ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO  
NEL PROFILO PROFESSIONALE DI COLLABORATORE PROFESSIONALE  
SANITARIO – INFERMIERE**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A Cognome: ..... Nome: .....

Nato/a a ..... il .....

(per i cittadini stranieri indicare anche lo Stato)

CODICE FISCALE

.....

presa visione dell'avviso di selezione per titoli per assunzioni a tempo determinato nel profilo professionale di Collaboratore professionale sanitario – Infermiere per il quale ha presentato domanda di partecipazione utilizzando la procedura online;

consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera, previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa";

**DICHIARA**

che quanto reso attraverso la compilazione del form telematico utilizzato per la presentazione online della domanda di partecipazione alla selezione per titoli per assunzioni a tempo determinato nel profilo professionale di Collaboratore professionale sanitario – Infermiere, corrisponde al vero.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Il/la Dichiarante \_\_\_\_\_