

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(rilasciata ai sensi dell'art. 46, lettera c, del DPR n. 445 del 28/12/2000)

Autocertificazione

Il/La sottoscritto/a _____
cognome nome

nato/a a _____ (_____) il _____
luogo sigla prov. data

residente a _____ (_____) indirizzo _____
comune sigla prov. via/piazza e numero civico

telefono _____ Codice Fiscale _____
numero di telefono codice fiscale

titolo di studio _____

conseguito presso _____
denominazione Istituto

- consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR. 445 del 28/12/2000;
- consapevole che la presente autocertificazione dovrà essere consegnata il giorno della selezione, pena l'esclusione, e che sarà soggetta a verifica da parte dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest; sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di aver maturato esperienza di almeno 6 mesi con mansioni amministrative in ambito sanitario in strutture pubbliche o private alla data del 29/07/2024, come previsto dal bando:

presso _____
indicare la denominazione esatta dell'azienda/ente/istituto

con sede a _____ (_____)
comune sigla prov.

indirizzo _____ telefono _____
via/piazza e numero civico numero di telefono

con profilo di: _____

con periodo dal _____ al _____

svolgendo le seguenti attività: _____

> Si allega copia di un documento di identità

luogo e data

firma del dichiarante