

Oggetto: AVVISO PUBBLICO PER LA COPERTURA, TRAMITE PASSAGGIO DIRETTO DI PERSONALE DA ALTRE ASP ED AMMINISTRAZIONI DIVERSE, DI N. 12 POSTI, PROFILO PROFESSIONALE DI “INFERMIERE PROFESSIONALE”, AREA DEI FUNZIONARI ED ELEVATA QUALIFICAZIONE DEL CCNL COMPARTO FUNZIONI LOCALI, PRESSO VARIE SEDI OPERATIVE DELL’ASP I.S.P.E. (Prot. I.S.P.E. n. 2767 del 15.10.2026)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ
(Articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Codice Fiscale _____

Residente in _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via/Piazza _____ n. _____

Indirizzo PEC (dichiarato su inPA) _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA

- **la totale veridicità, esattezza e corrispondenza al vero** di tutti i dati, stati, fatti e qualità personali inseriti nel proprio curriculum vitae e nella domanda di partecipazione trasmessi telematicamente tramite il Portale InPA per la procedura in oggetto;
- **Il possesso di tutti i requisiti di ammissione generali e specifici** richiesti dall’avviso pubblico, inseriti e confermati al momento della chiusura della candidatura sulla piattaforma;
- **Di essere a conoscenza** che l'Amministrazione procedente effettuerà i controlli previsti sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive ai sensi dell’art. 71 del D.P.R. 445/2000.

Allega copia fronte/retro del documento d'identità in corso di validità.

Luogo e Data _____

Firma del dichiarante*

N.B. La firma può essere autografa (stampare il documento, firmarlo a penna e scansarlo in un unico file PDF unitamente alla copia del documento di identità) oppure può essere apposta digitalmente, in formato CAdES o PAdES (in questo caso non è necessario allegare il documento d'identità).