

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il ___/___/_____ con riferimento all'avviso per la stabilizzazione del personale del comparto del profilo professionale di Operatore Socio sanitario – cat. Bs in possesso dei requisiti previsti dall'art. 20, comma 1, D.Lgs. n. 75/2017 e s.m.i. per il superamento del precariato, consapevole di quanto stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 in merito **alla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere**, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di essere in possesso dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario conseguito presso _____ di _____ in data ___/___/_____ a seguito del superamento del corso di formazione di durata annuale previsto dall'accordo tra il Ministero della sanità, il Ministero della solidarietà sociale e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 18.2.2000

Data _____

Firma _____

N.B. Allegare copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità.