

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena

## Servizio Unico Gestione Economico Operativa del Personale

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (Art.46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a	Matricola n°
con la qualifica di	
in servizio presso	a tempo pieno/ part-time n. ore
E-Mail	Telefono
Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dic 445 del 28 dicembre 2000	chiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 D.P
	DICHIARO
di aver partecipato/sostenuto in data	a/ al/il concorso/esame per
indetto da	
presso	
Luogo e data	Firma

P.E.C.: auslmo@pec.ausl.mo.it