

Al DIRETTORE GENERALE  
Azienda U.L.S.S. n. 10 Veneto Orientale  
Piazza De Gasperi, 5  
30027 SAN DONA' DI PIAVE (VE)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(artt. 47 e 19 DPR n. 445 del 28.12.2000)

RIFERIMENTO: Concorso pubblico, per titoli ed esami (ed eventuale preselezione), per la copertura di n. 10 posti di collaboratore professionale sanitario, infermiere (cat. D), **bando prot. n. 73042 del 30.11.2016.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,

DICHIARA

1.  di essere familiare di cittadino UE non avente la cittadinanza di uno stato membro e che il certificato di diritto di soggiorno o diritto di soggiorno permanente di seguito indicato e allegato è conforme all'originale (cfr. requisiti di ammissione punto **a1**):  
.....
- di essere cittadino di paese terzo titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo ovvero titolare dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria e che il certificato di seguito indicato e allegato è conforme all'originale (cfr. requisiti di ammissione punto **a2**):  
.....
2. che il decreto di equivalenza ovvero di equipollenza del titolo di studio di \_\_\_\_\_ conseguito all'estero presso \_\_\_\_\_, di seguito indicato e allegato, è conforme all'originale:  
.....
3. che la documentazione che attesta l'equiparazione del servizio di \_\_\_\_\_ prestato all'estero presso \_\_\_\_\_, di seguito indicato e allegato, è conforme all'originale:  
.....
4. che le pubblicazioni di seguito indicate e allegate sono conformi all'originale:  
.....
5. che la certificazione medica, rilasciata da una struttura sanitaria abilitata, comprovante lo stato di disabilità, che attesta la necessità di ausili e/o tempi aggiuntivi, ai sensi dell'art. 20 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 e la dichiarazione che attesta l'ausilio necessario in relazione alla propria disabilità nonché la necessità di tempi aggiuntivi per l'espletamento delle prove d'esame, di seguito indicata e allegata, è conforme all'originale:  
.....
6. che la certificazione medica, rilasciata da una struttura sanitaria abilitata, comprovante lo stato di handicap uguale o superiore all'80%, ai sensi dell'art. 20, comma 2 bis, della legge n. 104/1992 e s.m.i., ai fini dell'esonero dalla partecipazione all'eventuale prova preselettiva, di seguito indicata e allegata, è conforme all'originale:  
.....

Dichiaro inoltre di essere informato/a, ai sensi del D. Leg.vo n. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allego fotocopia del documento di riconoscimento valido.

Luogo e data

Il/La dichiarante

\_\_\_\_\_