

**MODULO DICHIARATIVO  
PARTICOLARI COMPETENZE**

<p><b>I sottoscritt</b> _____, nat il ___/___/___ a _____, residente in Via/P.zza _____, n° ____, Città _____, tel./cell. _____, PEC _____, e-mail _____</p>
--

**Dichiara**

ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 46 e 47 D.P.R. n. 445/00 e ss.mm.ii.

**Di esercitare gli stessi compiti e funzioni di particolare competenza richiesta nell'Avviso di Mobilità intraziendale (ex art. 20 c. 1 ACN 2024), Completamento orario (ex art. 20, c. 2 ACN 2024) e Accentramento orario (ex art. 20, c. 3 ACN 2024) pubblicato in data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

presso la sede di \_\_\_\_\_ **ASL** \_\_\_\_\_;

presso la sede di \_\_\_\_\_ **ASL** \_\_\_\_\_;

presso la sede di \_\_\_\_\_ **ALTRO** \_\_\_\_\_;

**E di allegare n. \_\_\_ certificazioni a firma del Responsabile del Poliambulatorio / Distretto / Direzione Sanitaria, attestanti lo svolgimento dei sopracitati compiti e funzioni di particolare competenza richiesta nell'Avviso, di cui si dichiara la conformità all'originale in proprio possesso.**

**Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 19 e 46 e 47 del DPR 445/2000:** Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

**Allega fotocopia del documento d'identità.**

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_