

**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, 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 del titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_
- Di essere in possesso dell'attestato di qualifica professionale di Operatore socio sanitario conseguito presso \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

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