

**Alla Giunta regionale della Campania**  
**A.G.C. Piano Sanitario Regionale e Rapporti con le UU.SS.LL.**  
**Settore Gestione Ruolo Personale Servizio Sanitario Regionale**  
**Procedure Concorsuali – Rapporti con le OO.SS.**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ )

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

valendomi delle disposizioni di cui all'art. **46 del D.P.R. 28/12/2000 n\* 445**, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia;

considerato che ai sensi dell'art. 81 della L.R. 1/08, l'inclusione negli elenchi degli ammessi alle procedure di stabilizzazione è incompatibile con la titolarità di impiego di natura subordinata a tempo indeterminato presso la Pubblica amministrazione

**DICHIARO**

sotto la mia personale responsabilità:  
la mancanza di titolarità di impiego di natura subordinata a tempo indeterminato presso la Pubblica Amministrazione.

Si allega fotocopia del Documento di Identità

Napoli, data \_\_\_\_\_

in fede

\_\_\_\_\_