REGIONE MARCHE

Agenzia Regionale Sanitaria

ALLEGATO "E"

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov. ___ il _____

Residente a _____ Prov. _____

Indirizzo _____ CAP _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate all'articolo 76 del DPR n. 445/2000 e dalle leggi speciali in materia.

DICHIARA

- ☐ di aver presentato, in data _____, all'amministrazione datore di lavoro _____, richiesta di rilascio del nulla osta propedeutico alla partecipazione della mobilità volontaria e preventivo dell'eventuale trasferimento.
- ☐ Che il nulla osta non è richiesto in quanto non si verifica nessuna delle condizioni di cui all'art.3, comma 7 lett. b), del D.L n.80/2021.

SI IMPEGNA*

a produrre il nulla osta incondizionato al trasferimento, in originale o copia conforme, con le modalità ed i termini previsti all'art. 3, comma 6, terzo punto dell'avviso di mobilità.

Data, _____

FIRMA PER ESTESO

_____
(non autenticata ai sensi dell'art. 39 del DPR 445/2000)

* barrare nell'ipotesi in cui il nulla osta ***non è richiesto*** (art.3, comma 7 lett. b), del D.L n.80/2021).