**Allegato “ 1”**

**DICHIARAZIONE LIBERATORIA**

Il/La sottoscritto/a ……………………………………, nato/a a ………………………. , prov. …….. il……………….., e residente in …………………..……, prov……………, Via …………………………N………, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi per gli effetti del D.P.R. n.. 445 del 28/12/2000, in qualità di partecipante al concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di n. \_\_\_\_ posti di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cat. \_\_\_\_, riservati ai lavoratori disabili di cui all’art. 1 Legge n. 68/99 *oppure* riservati ai lavoratori appartenenti alle categorie protette di cui all’art. 18 comma 2 Legge n. 68/99**,** allecategorie protette di cui all’art. 1, comma 2, della Legge n. 407/98 (vittime del terrorismo e della criminalità organizzata), come integrata dalla legge n. 244/2007 ed alle categorie protette ad esse equiparate per legge, indetto con deliberazione n. \_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo con sede legale in Viale Strasburgo, 233 Palermo;

**AUTORIZZA**

L’Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo alla pubblicazione dei verbali e degli esiti della valutazione della Commissione esaminatrice esonerando la stessa da qualsiasi responsabilità.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma ( leggibile)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( Si allega alla presente dichiarazione fotocopia valido documento d’identità)