

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita* _____

nazionalità* _____ codice fiscale* _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____

telefono (fisso o mobile)* _____ P.E.C./e-mail * _____

**facoltativa*

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

l'assenza a proprio carico di condanne

oppure

che sono state pronunciate a proprio carico le seguenti condanne

(non devono essere autocertificate le condanne estinte, per le quali è intervenuta riabilitazione, quelle con il beneficio della non menzione, o relative a reati depenalizzati)

l'inesistenza a proprio carico di procedure/provvedimenti di fallimento, concordato preventivo o amministrazione controllata

oppure

l'esistenza a proprio carico delle/dei seguenti procedure/provvedimenti di fallimento, concordato preventivo o amministrazione controllata e delle seguenti (eventuali) riabilitazioni

di non trovarsi nelle condizioni di incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e di non aver mai commesso gravi errori nell'esercizio della propria attività professionale

_____ (luogo, data)

Il dichiarante

AVVERTENZE

Ai sensi della normativa vigente, qualora la dichiarazione non sia sottoscritta in presenza del dipendente addetto, che provvede all'identificazione, la stessa dovrà essere unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Per le modalità di consegna si vedano le informazioni di seguito riportate.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e art. 13 del Reg. UE 2016/679:

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D. Lgs 196/2003 e s.m.i. e del Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (art. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P. - via Carlo Boggio 12 - 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)