

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

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

A titolo esemplificativo: corsi specificando titolo, oggetto, sede, data, se con ECM; altri titoli di studio oltre a quello per accedere al concorso; servizi resi specificando: ragione sociale, natura giuridica datore di lavoro, qualifica, tipo rapporto di lavoro, data inizio ed eventuale cessazione; pubblicazioni specificando: titolo, autore, editore, anno; altri titoli scientifici o accademici; tirocini; stage; borse di studio sempre con il massimo dettaglio possibile; ecc. vedasi quanto espressamente richiesto nel bando.

(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 sottoscritta e presentata all'ufficio competente, 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 ss.mm.ii. 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 ss.mm.ii. 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 (artt. 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)

data _____

firma (per esteso) _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo serve per dichiarare stati, qualità personali o fatti necessari ai fini della procedura concorsuale.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il candidato che presenta domanda di partecipazione a pubblico concorso/avviso.

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo può essere:

- a) *consegnato di persona all'Ufficio Protocollo;*
- b) *firmato e spedito tramite:*
 - a. *raccomandata R/R all'indirizzo indicato nel bando;*
 - b. *PEC all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it*
- c) *firmato digitalmente e trasmesso mediante invio telematico da PEC all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it*

Avvertenze

Alla richiesta inviata con le modalità indicate ai punti a) e b) deve essere allegata fotocopia di documento di identità in corso di validità del richiedente

RIFERIMENTI

Ufficio: S.C. GESTIONE RISORSE UMANE – Ufficio Concorsi

Tel.: 0171/450641 E-mail: gestione.risorseumane@aslcn1.it