*Fac-simile domanda di ammissione*

**AL DIRETTORE GENERALE**

**ATS BERGAMO**

**VIA GALLICCIOLLI, 4**

**24121 BERGAMO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(nome e cognome)*

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(luogo e provincia)*

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso **avviso pubblico finalizzato al conferimento dell’incarico di supplenza di Direttore della S.C. “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”.**

 Inserire la denominazione della struttura a concorso

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste all’art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

*di essere in possesso dei seguenti requisiti generali richiesti dal bando:*

* di essere in possesso della cittadinanza italiana (ovvero: di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ovvero: di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di non avere riportato condanne penali (ovvero: di avere riportato le seguenti condanne penali – da indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di non essere stato destituito o dispensato dall’impiego, ovvero licenziato da pubbliche amministrazioni
* di essere nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:*

* laurea specialistica/magistrale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ durata legale del corso anni \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* anzianità di servizio di anni \_\_\_\_ come dirigente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ maturata nella disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* anzianità di servizio di cinque anni nella qualifica unica di Dirigente delle professioni dell’area infermieristica, tecnica, della riabilitazione, della prevenzione ed ostetrica, di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251;
* di essere regolarmente iscritto all’albo professionale della provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con iscrizione al nr. \_\_\_\_\_\_\_\_ con decorrenza dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di essere in possesso dell’attestato di formazione manageriale in corso di validità conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *ovvero*

* di riservarsi di conseguire l'attestato di formazione manageriale entro un anno dall'inizio dell'incarico qualora conferito
* di prestare attualmente servizio con rapporto di lavoro subordinato presso la seguente Pubblica Amministrazione:

Azienda/Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nel profilo di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

periodo dal/al

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

a tempo indeterminato determinato *con* rapporto di lavoro a tempo pieno

che l'indirizzo al quale deve essergli fatta ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura è il seguente:

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

* di aver preso visione del profilo professionale che caratterizza la struttura complessa in argomento, allegato e pubblicato sul sito [www.ats-bg.it](http://www.ats-bg.it) – nella sezione “Lavora con noi”;
* di essere consapevole dell'obbligo, in caso di variazione di indirizzo, di comunicazione all'Azienda, la quale non si assume responsabilità alcuna in caso di irreperibilità presso il recapito comunicato;
* di essere consapevole cheprima della nomina del candidato prescelto, i *curricula* inviati dai concorrenti presentatisi al colloquio verranno pubblicati sul sito internet aziendale;
* di acconsentire, ai sensi del D.lgs. n. 196/2003, al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali, per le finalità e nei limiti di cui al bando e subordinatamente al puntuale rispetto della vigente normativa.

data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a allega alla presente domanda:

* curriculum formativo e professionale;
* tipologia delle Istituzioni;
* tipologia quali-quantitativa delle prestazioni;
* copia fotostatica fronte/retro di un documento d’identità in corso di validità;
* tassa di concorso;
* documentazione che ritengo utile per la valutazione da parte della Commissione.

*Fac-simile curriculum*

**AL DIRETTORE GENERALE DELL’ATS DI BERGAMO**

**VIA GALLICCIOLLI, 4 – 24121 BERGAMO**

Il/La sottoscritto/a (cognome)…………………………………(nome)………………………………………

 (*scrivere in stampatello indicando anche secondi nomi non separati da virgola*)

CODICE FISCALE

Recapiti telefonici .........../..................................... Mail ………………………………………………

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **di essere in possesso della Laurea** ………………………………………………………………conseguita in data……………………… presso l’Università degli Studi di ……………………..*Solo se titolo conseguito in stato diverso dall’Italia* Riconoscimento a cura del ………………………………………………………..in data …………………**di essere in possesso dell’abilitazione all'esercizio della professione** **di**………….…………………………………………………………………………………………………………………………… conseguita in data ……………………… presso ……………………………………………………………. |
|  | **di essere iscritto all’albo dell’ordine dei** ……………………………………………………….della Provincia di ……………………………………………………………………. dal …………………… n° di iscrizione ……………….......……. |
|  | **di essere in possesso del seguente diploma di specializzazione**:Denominazione: …………………………………………………………………………………………………… conseguito in data …………………………………………………….. presso l’Università di ……………………………........…………....................................ai sensi del D.Lgs. 257/1991 🞏 D.Lgs. 368/1999 🞏 durata anni …..........………*Solo se titolo conseguito in stato diverso dall’Italia* Riconoscimento a cura del ……….……………………………………………. in data ………………… |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza, in qualità di:**profilo professionale ……………………………………… disciplina ……………………………………..dal ……………….......... al ………….......……...dal …………………… al …………………….dal …………………… al …………………….con rapporto  determinato indeterminato a tempo pieno con impegno ridotto, ore ………. settimanalicon interruzione dal servizio *(ad es. per aspettative, congedi senza assegni):*dal ……………………..al …………………………….(indicare giorno/mese/anno)motivo interruzione o causa risoluzione rapporto: ……………………………………………………………………………………………………..**Incarico dirigenziale e relative competenze** con indicazione di eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzione di direzione (ad es. incarico di alta professionalità, di direzione di struttura semplice, di struttura complessa)tipologia di incarico ……………..………………………………………………dal ……………................al ………………………presso SC ..…………………………………………………………………………………………………………….descrizione attività svolta……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………..................**presso (Azienda Sanitaria, Ente, Struttura privata, ecc.)** ……………….............................................................................................................di ……………………………………………………….. – via ………………………………………….. n. …… *(duplicare il riquadro ad ogni variazione)* |
|  | ***da produrre in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge*****Tipologia della Azienda/Ente in cui è stata svolta la predetta attività** (dichiarazione rilasciata dalla Direzione Sanitaria della Struttura)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**Tipologia delle prestazioni erogate dall'Azienda/Ente medesima** (dichiarazione rilasciata dalla Direzione Sanitaria della Struttura)

|  |
| --- |
| ………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….**Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato nell'ultimo decennio,** (certificate dal Direttore Sanitario dell'Azienda/Ente/Istituzione di appartenenza)................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |
|  | **di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale**dal ……………...al ………………………presso……………………………………………………………………………………………….contenuti del corso……………………………………………………………………………….dal ……………...al …………………presso………………………………………………………………………………………………….contenuti del corso……………………………………………………………………………… |

**Altre Specializzazioni, Laurea, Master e Corsi di perfezionamento:****Laurea in** …………………………………………...............conseguita in data ………………. presso l’Università degli Studi di ……..............................................………………………**Specializzazione** in ………………………………… .........conseguita in data ………………… presso l’Università degli Studi di …………………………………………………….**Master** in ……………………………………………….........conseguito in data…………………… presso …………………………................................................………………………………...**Corso di perfezionamento** in …………………………….conseguito in data ………………. presso ………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **Soggiorni di studio/addestramento**(soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, di durata non inferiore a **mesi tre**, con esclusione dei tirocini obbligatori)presso ………………………………………………………………………………………………………………… di …………………………………. (prov. ..…) – via ……………………………..…. , n. ……….dal ……………………………. al ………………………………………. (indicare giorno/mese/anno)con impegno settimanale pari a ore …………………dal ……………………………. al ………………………………………. (indicare giorno/mese/anno)con impegno settimanale pari a ore …………………*(duplicare il riquadro ad ogni variazione)* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **di aver svolto attività didattica** (attività presso corsi di studio per il conseguimento di lauree o di specializzazioni dei profili medici o della dirigenza sanitaria nonché delle professioni sanitarie ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario – esclusa l’attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionale, convegni, congressi) presso………………………………………………………………………………………………………………..nell’ambito del Corso di ………………………………………………………………………………………insegnamento ………………………………………………………………………a.a. ………………………ore docenza ………………………………………………(specificare se complessive o settimanali) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Partecipazione quale uditore** a corsi, convegni, congressi, seminari anche effettuati all’estero

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ente Organizzatore | Titolo Del Corso | PeriodoGiorno/Mese/Anno Dal/Al | Luogo di Svolgimento | ECM |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*(aumentare le righe se insufficienti)* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Partecipazione in qualità di** relatore ai seguenti corsi, convegni, congressi anche effettuati all’estero

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ente Organizzatore | Titolo Del Corso  | PeriodoGiorno/Mese/Anno Dal/Al | Luogo di Svolgimento | ECM |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Autore** dei seguenti **lavori scientifici** – riferiti all’ultimo decennio – editi a stampa(indicare:titolo lavoro, rivista/pubblicazione, anno pubblicazione) **allegati in originale o in copia conforme** 1 ………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………2 ………………………………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………..3 - …………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………….*(aumentare le righe se insufficienti)* |
|  | **Collaborazione alla redazione** dei seguenti lavori – editi a stampa (indicare:titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione) 1 ………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………..2 ……………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………… *(aumentare le righe se insufficienti)* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Altre attività…………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………….*(aumentare le righe se insufficienti)* |

Dichiara, infine, di essere informato/a, secondo quanto previsto dal Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. N. 196 del 30 giugno 2003, per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e allega copia di documento di identità (carta d’identità o passaporto) in corso di validità.

Dichiara inoltre di essere informato che il presente curriculum sarà pubblicato sul sito Internet Aziendale.

Lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’**

**Da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione o ai gestori di pubblici servizi**

(ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 come modificato dall’art. 15 della Legge 12.11.2011 n. 183)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(cognome e nome)*

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(comune/stato estero) (prov.) (data)*

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_)

 *(comune di residenza) (prov.)*

in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000 e della decadenza dai benefici conseguiti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera ai sensi dell’art. 75 dello stesso D.P.R.

**DICHIARA**

che le copie allegate alla domanda di partecipazione all’avviso pubblico per il conferimento di incarico di supplenza sono conformi all’originale.

Di seguito si elencano le copie dei documenti che vengono prodotte:

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

Dichiaro altresì di essere informato che ai sensi del Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. N. 196 del 30 giugno 2003, per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo i dati personali raccolti saranno trattati nell’ambito della procedura selettiva cui la dichiarazione di cui sopra si riferisce.

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

 *(luogo e data)*

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

 *(firma del dichiarante)*