

AUTODICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 46 e 47 del DPR n. 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ () il ____/____/____ e residente a _____ () in Via _____ n. _____, documento di riconoscimento (tipo) _____ n. _____ rilasciato da _____ in data ____/____/____ nell'accedere presso L'Istituto Di Istruzione Superiore "CARLO URBANI" sito in Via Legnano n.17 63821 PORTO SANT'ELPIDIO (FM) per la prova scritta della **Selezione Pubblica, per titoli e prove di esami, per l'assunzione a tempo pieno ed indeterminato di n. 3 unità con profilo di Farmacista Collaboratore, inquadramento Q3^ livello CCNL Farmacie Private, presso "Farmacie Comunali Srl" di Porto Sant'Elpidio**, consapevole che, nel caso di dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di non essere attualmente sottoposto alla misura dell'isolamento come misura di prevenzione della diffusione del contagio da COVID-19;
- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio da COVID-19.

FIRMA

Informativa ex artt. 13-14 Regolamento europeo 679/2016 in materia di protezione dei dati.

Dichiaro di essere informata/o, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13-14 Regolamento Ue 679/2016 in materia di protezione dei dati, che i dati personali raccolti saranno trattati e potranno essere comunicati ai soggetti previsti per legge, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che anche su di essi è possibile esercitare il diritto di accesso ai sensi dell'art. 15 del Regolamento Ue 679/2016.

Porto Sant'Elpidio,

FIRMA

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. 445/2000, si allega alla presente dichiarazione copia del documento d'identità.