**ALLEGATO C** - *DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PUBBLICO UNIFICATO PER N. 6 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO DI MALATTIE INFETTIVE*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**
(art. 46 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**
(art. 47 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ (prov._____) il _____ residente a _____ (prov._____) in via_____ n._____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000. Consapevole, altresì, di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, sotto la propria responsabilità ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

**DICHIARA**

---

_____

_____

---

Dichiara, altresì, di essere informato/a, ai sensi del Nuovo Regolamento Europeo in materia di privacy (n. 2016/679) e del D. Lgs. N. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

_____
(luogo e data)

Il Dichiarante

_____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato/a in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Firma del dipendente addetto_____