



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza
Dipartimento di Sanità Pubblica

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (Art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a.....

nato il a (.....)

residente in (.....)

via n. CAP

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

DI FAR PARTE:

del personale docente

del personale NON docente

OPERANTE PRESSO:

NIDI

SCUOLE DELL'INFANZIA PRIMARIE

SCUOLE DELL'INFANZIA SECONDARIE

ISTITUTI DI ISTRUZIONE E FORM.PROFESSIONALE

Dichiaro/a di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

PC, ___/0_/2020

Il dichiarante

A norma dell'art. 38 comma 3 del DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto all'identificazione.