



Servizio Unico Gestione Economico Operativa del Personale

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/La sottoscritto/a _____

Matricola n. _____ Profilo Professionale _____

Cellulare _____ E-mail personale (non aziendale) _____

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. 445/2000

DICHIARA

Ai fini della fruizione dei permessi previsti dalla normativa vigente **per la partecipazione a concorsi/esami**

di aver partecipato o sostenuto in data ____/____/____ il concorso/esame per:

indetto da _____

svoltosi presso _____

Luogo e data _____

Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali: ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente, in particolare dal Regolamento Europeo n. 2016/679, dal D.lgs. 196/2003 s.m.i., La informiamo che tutti i dati personali raccolti per l'istruzione del presente procedimento sono inseriti in archivi sia elettronici che cartacei e sono trattati sia con modalità informatiche che analogiche dai soli operatori autorizzati del settore amministrativo che segue il procedimento. I dati non saranno in nessun caso diffusi e verranno utilizzati solo per dar corso ai rapporti già in essere ed agli adempimenti connessi. Il titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Modena con sede in Via Del Pozzo n. 71, 41125 Modena – affarigenerali@pec.aou.mo.it. È riconosciuto l'esercizio dei diritti previsti al Capo III del GDPR n.2016/679. Si informa inoltre che i dati personali e particolari, saranno trattati anche nell'ambito dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio ai sensi della normativa vigente.