

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE / ATTO DI NOTORIETÀ

Io sottoscritto/a _____ codice fiscale
_____ nato/a a _____ prov. _____
il _____ residente a _____
via _____ n. _____ cap _____
tel. _____ fax _____ email _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi (articolo 76, DPR n. 445/2000)

DICHIARO

di non trovarmi in situazioni di incompatibilità, inconferibilità, conflitto di interessi e di divieto di nomina ai sensi dell'art. 2 dell'avviso Pubblico per l'individuazione del Medico Competente per la sorveglianza sanitaria del Comune di Cavaria con Premezzo. Triennio 2022-2024.

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 e ss. Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) relativo alla protezione del dato personale

Il conferimento dei dati personali raccolti con il presente modulo non è obbligatorio, ma in sua mancanza il Comune di Cavaria con Premezzo potrebbe trovarsi impossibilitato a dare seguito alla pratica in relazione alla quale vengono raccolti i dati, ovvero a erogare il servizio richiesto o a dare riscontro alla Sua comunicazione.

Il Comune di Cavaria con Premezzo la informa che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà nel rispetto del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003, per realizzare le finalità istituzionali dell'Ente e nello specifico per gestire la pratica in relazione alla quale i dati sono raccolti e per gestire le Sue eventuali istanze o richieste. Per maggiori informazioni la invitiamo a consultare l'informativa pubblicata all'indirizzo www.comune.cavariaconpremezzo.va.it e disponibile su richiesta presso gli uffici dell'Ente, o a rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati personali del Comune di Cavaria con Premezzo al recapito privacy@gaspari.it; privacy@pec.gaspari.net .

Luogo e data _____

Firma