

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

sottoscritta da maggiorenne con capacità di agire

DA PRODURRE AGLI ORGANI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI.

Il/la sottoscritto/a ZAFIRATU MARIA

(cognome) (nome)

nato a ARGOSTOLI (luogo) il 12/10/1974 (GRC) (prov.)

residente a BOLOGNA (BO) in

Via ARNO n. 38 (luogo) (prov.) (indirizzo)

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

Al fine dell'attribuzione dell'incarico di Medico del Lavoro

DICHIARA

1. (Ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013), o di svolgere i seguent incarico/chi presso (Ente di diritto privato regolati o finanziati da pubblica amministrazione)

_____ ; o

di essere titolare della seguente carica (Ente di diritto privato regolati o finanziati da pubblica amministrazione)

_____ ;

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n. 196/2003 (T.U. Privacy), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

12/01/2026

(luogo, data)

Il Dichiarante

