|  |  |
| --- | --- |
| ASST_Rhodense_small | **AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) RHODENSE**Viale Forlanini, 95 – 20024 Garbagnate Milanese (MI) |

**ATTO DI INFORMAZIONE EX ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679**

***CANDIDATO (PERSONA FISICA/GIURIDICA) AD UN AVVISO/BANDO PUBBLICO***

**AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE RHODENSE**, P. IVA: 09323530965 (infra “ASST RHODENSE”), in persona del suo legale

rappresentante pro tempore, con sede legale in Garbagnate Milanese (MI), viale Forlanini, 95, in qualità di Titolare del trattamento ex artt. 4 n. 7) e 24 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR), informa, ai sensi dell’art. 13 del GDPR, che le informazioni meglio descritte al successivo art. 1 saranno trattate per l’esecuzione della finalità di cui all’art. 2.

1. **Categorie dei dati oggetto di trattamento.**
	1. ASST RHODENSE raccoglie, anche indirettamente, e tratta, al fine di perseguire la finalità di trattamento descritta all’art. 2, le seguenti informazioni, riferibili ad una persona fisica e/o giuridica (es. libero professionista; impresa individuale; società per azioni/a responsabilità limitata/di persone; r.t.i/a.t.i.) candidata ad un avviso/bando pubblico promosso da ASST RHODENSE, ivi inclusi gli eventuali lavoratori/rappresentanti/procuratori:
2. dati personali ex art. 4 n. 1) del GDPR cd. identificativi (es. nome; cognome; codice fiscale; luogo/data di nascita; indirizzo di residenza/domicilio/dimora) (infra “dati personali”);
3. dati non personali ex art. 3 n. 1) del Regolamento UE n. 1807/2018 (es. denominazione sociale; sede legale/secondaria; partita iva) (infra “dati non personali”);
4. dati personali cd. giudiziari ex art. 10 del GDPR, ove necessario per ottemperare, inter alia, agli oneri prescritti dal DPR n. 313 del 14.11.2002 (“Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di casellario giudiziale, di casellario giudiziale europeo, di anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e dei relativi carichi pendenti”) (infra “dati personali cd. giudiziari”).

D’ora in avanti, i dati personali, i dati non personali e i dati personali cd. giudiziari sono definiti, in via congiunta (e per semplicità), soltanto come “informazioni”.

1. **Finalità del trattamento e relativa base giuridica.**
	1. Le informazioni sono trattate, da parte di ASST RHODENSE, per l’esecuzione della seguente finalità di trattamento:

**a.** Selezione, valutazione, positiva ovvero negativa, di un candidato (persona fisica/giuridica) ad un avviso/bando pubblico promosso e pubblicato da ASST RHODENSE, ed esecuzione dei conseguenti adempimenti fiscali/amministrativi/normativi, connessi all’aggiudicazione e/o esclusione di un candidato.

In ossequio all’art. 13 paragrafo 2) lettera e) del GDPR, ASST RHODENSE precisa che l’eventuale mancata comunicazione delle informazioni, anche richieste in un secondo momento da ASST RHODENSE, può determinare l’impossibilità, in capo a quest’ultima, di eseguire, in modo compiuto e corretto, la finalità di trattamento di cui all’art. 2.1. lettera a).

A tal riguardo, ASST RHODENSE precisa che la base giuridica per la finalità di trattamento di cui all’art. 2.1. lettera a) si rinviene nelle seguenti disposizioni normative: art. 6 paragrafo 1) lettere b), c) ed e) del GDPR, per i dati personali; art. 10 del GDPR, DPR n. 313/2002 e art. 2 comma 2) lettere a), c), h) e i) del novellato D.lgs. n. 196/2003 (Codice Privacy), per gli eventuali dati personali cd. giudiziari.

1. **Periodo di conservazione.**
	1. In ossequio all’art. 13 paragrafo 2) lettera a) del GDPR, ASST RHODENSE comunica il seguente periodo/criterio temporale di conservazione, al termine del quale le informazioni saranno eventualmente soggette a cancellazione, distruzione ovvero anonimizzazione: (i) per l’esecuzione della finalità di trattamento di cui all’art. 2.1. lettera a): in via generale, permanente/illimitato, nel rispetto del “Titolario e Massimario del Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia”.
2. **Destinatari.**
	1. Nel rispetto dell’art. 13 paragrafo 1) lettera e) del GDPR, ASST RHODENSE precisa che le informazioni possono essere oggetto di comunicazione, ove opportuno e necessario, ad uno o più destinatari ex art. 4 n. 9) del GDPR, così individuati, in via generale, per categoria: (i) per l’esecuzione della finalità di trattamento di cui all’art. 2.1. lettera a): soggetti designati/autorizzati al trattamento da ASST RHODENSE; società IT; consulenti/imprese di varia natura che erogano servizi connessi, anche in via indiretta, alla finalità di trattamento in questione; enti/organi pubblici (o a controllo pubblico) di varia natura (es. ATS; ASST; Ministeri).

ASST RHODENSE precisa, infine, che solo i dati personali e/o i dati non personali potranno essere oggetto di diffusione, soltanto ove ciò sia strettamente necessario per rispettare/ottemperare a una specifica disposizione normativa, nel rispetto, sempre, dei principi cardine ex art. 5 del GDPR.

1. **Trasferimento.**
	1. Le informazioni sono conservate all’interno anche di archivi interamente o parzialmente automatizzati ovvero non automatizzati, appartenenti o comunque riconducibili, anche in via indiretta, a ASST RHODENSE, e ubicati all’interno dello Spazio Economico Europeo (SEE).
2. **Diritti del soggetto interessato.**
	1. n relazione ai dati personali e/o ai dati personali cd. giudiziari, ASST RHODENSE informa della facoltà di esercitare i seguenti diritti eventualmente soggetti alle limitazioni previste dagli artt. 2 undecies e 2 duodecies del Codice Privacy:

diritto di accesso ex art. 15 del GDPR: diritto di ottenere la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che riguardano il soggetto interessato, oltre che le informazioni di cui all’art. 15 del GDPR (es. finalità di trattamento, periodo di conservazione);

diritto di rettifica ex art. 16 del GDPR: diritto di correggere, aggiornare o integrare i dati personali;

diritto alla cancellazione ex art. 17 del GDPR: diritto di ottenere la cancellazione o distruzione o anonimizzazione dei dati personali, laddove tuttavia ricorrano i presupposti elencati nel medesimo articolo;

diritto di limitazione del trattamento ex art. 18 del GDPR: diritto con connotazione marcatamente cautelare, teso ad ottenere la limitazione del trattamento laddove sussistano le ipotesi disciplinate dallo stesso art. 18;

diritto alla portabilità dei dati ex art. 20 del GDPR: diritto di ottenere i dati personali, forniti a ASST RHODENSE, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da un sistema automatico (e, ove richiesto, di trasmetterli, in modo diretto, ad un altro Titolare del trattamento), laddove sussistano le specifiche condizioni indicate dal medesimo articolo (es. base giuridica del consenso e/o esecuzione di un contratto; dati personali forniti dall’interessato);

diritto di opposizione ex art. 21 del GDPR: diritto di ottenere la cessazione, in via permanente, di un determinato trattamento di dati personali;

diritto di proporre reclamo all’Autorità di Controllo (ossia, Garante Privacy italiano) ex art. 77 del GDPR: diritto di proporre reclamo laddove si ritiene che il trattamento oggetto d’analisi violi la normativa nazionale e comunitaria sulla protezione dei dati personali.

* 1. In aggiunta ai diritti descritti al precedente art. 6.1., ASST RHODENSE precisa che, in relazione ai dati personali e/o ai dati personali cd. giudiziari, sussiste, ove possibile e conferente, la facoltà di esercitare, da un lato, il (sotto) diritto previsto dall’art. 19 del GDPR (“Il titolare del trattamento comunica a ciascuno dei destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali le eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate a norma dell’articolo 16, dell’articolo 17, paragrafo 1, e dell’articolo 18, salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato. Il titolare del trattamento comunica all’interessato tali destinatari qualora l’interessato lo richieda”), da considerarsi connesso e collegato all’esercizio di uno o più diritti regolamentati agli artt. 16, 17 e 18 del GDPR; dall’altro lato, ASST RHODENSE precisa che, in relazione ai dati personali e/o ai dati personali cd. giudiziari, sussiste, ove possibile e conferente, la facoltà di esercitare il diritto previsto dall’art. 22 paragrafo 1) del GDPR (“L’interessato ha il diritto di non essere sottoposto a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato, compresa la profilazione, che produca effetti giuridici che lo riguardano o che incida in modo analogo significativamente sulla sua persona”), fatte salve le eccezioni previste dal successivo paragrafo 2).
	2. In ossequio all’art. 12 paragrafo 1) del GDPR, ASST RHODENSE si impegna a fornire le comunicazioni di cui agli artt. da 15 a 22 e

34 del GDPR in forma concisa, trasparente, intellegibile, facilmente accessibile e con un linguaggio semplice e chiaro: tali informazioni saranno fornite per iscritto o con altri mezzi eventualmente elettronici ovvero, su richiesta del soggetto interessato, saranno fornite oralmente purché sia comprovata, con altri mezzi, l’identità di quest’ultimo.

* 1. In ossequio all’art. 12 paragrafo 3) del GDPR, ASST RHODENSE informa che si impegna a fornire le informazioni relative all’azione intrapresa riguardo ad una richiesta ai sensi degli artt. da 15 a 22 del GDPR senza ingiustificato ritardo e, comunque, al più tardi entro un mese dal ricevimento della richiesta stessa; tale termine può essere prorogato di n. 2 mesi se necessario, tenuto conto della complessità e del numero delle richieste (in tal caso, ASST RHODENSE si impegna ad informare di tale proroga e dei motivi del ritardo, entro un mese dal ricevimento della richiesta).
	2. I diritti descritti ai precedenti artt. 6.1. e 6.2. (fatta eccezione per il diritto ex art. 77 del GDPR) possono essere esercitati mediante i dati di contatto illustrati al successivo art. 7.
1. **Dati di contatto.**
	1. ASST RHODENSE può essere contattata al seguente recapito: privacy@asst-rhodense.it
	2. Il Responsabile della protezione dei dati (RPD/DPO) ex art. 37 del GDPR, nominato da ASST RHODENSE, è l’avv. Gabriele Borghi, il quale può essere contattato al seguente recapito: responsabileprotezionedati@asst-rhodense.it

Garbagnate Milanese (MI), lì 7.11.2022 (data di ultimo aggiornamento).

**AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE RHODENSE**

(in persona del suo legale rappresentante pro tempore)

 **FACSIMILE DOMANDA**

(da redigere in carta semplice)

All’Amministrazione

Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense

“G. Salvini” di Garbagnate M.

Viale Forlanini,95

20024 GARBAGNATE MILANESE

protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it

# *Oggetto:* MANIFESTAZIONE DI INTERESSE, PER TITOLI ED EVENTUALE COLLOQUIO, PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALi A MEDICI DISPONIBILI A PRESTARE ATTIVITÀ DI SUPPORTO NELL’AMBITO DELLA CAMPAGNA VACCINALE ANTINFLUENZALE 2025-2026

# Il sottoscritto .......................................................................................... chiede di poter partecipare alla manifestazione di interesse, per soli titoli ed eventuale colloquio, per il conferimento di incarichi libero professionali a medici disponibili a prestare attività di supporto nell’ambito della campagna vaccinale antinfluenzale 2024-2025.

**A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall’art. 76 del DPR 445/2000**

**DICHIARA DI:**

* essere nato a...................................... provincia (......), il.................... e di risiedere a ………………………….... provincia.(….) in via....................................................., n. ........... c.a.p. ……….; C.F. ………………..………………………….. PEC……………………………………………………………………………………….; e-mail: ….…………………………………………..………….…………; tel:………………...............................………….; P.IVA:…………………………….…………………..;
* essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell’Unione Europea;
* essere appartenente ad uno Stato extracomunitario (in regola con tutti i requisiti per il soggiorno in Italia);
* essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di ........................................................................................................;
* non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali per i seguenti motivi ................................................;
* essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:
	+ - diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso ………………………………………………… il …………..………….;
		- diploma di specializzazione in ……………………………., conseguito presso …………………………………….. il ……………………;
		- iscrizione all’Albo dell’Ordine dei Medici Chirurghi di …………….…………………………….. dal …………........... al n. ………….;
* non trovarsi in stato di interdizione legale o di interdizione temporanea dagli uffici pubblici;
* non aver riportato condanne per reati contro la pubblica amministrazione o la fede pubblica e di non aver procedimenti pendenti per gli stessi reati;
* non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
* aver riportato le seguenti condanne penali ...................................................................................................................;
* essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
* non trovarsi in situazione di conflitto di interessi o di incompatibilità come previsto dalla legge 190/2012, art. 1, comma 42, lettera h;
* possedere idoneità fisica all’impiego;
* non trovarsi nelle condizioni di cui all’art. 5, co. 9, del DL 95/2012, convertito in L. 135/2012, e s.m.i (lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza);
* sottostare a tutte le condizioni stabilite dal presente avviso nonché ai regolamenti interni dell’Azienda, ivi incluso il vigente Codice di Comportamento del Personale e s.m.i. e il vigente Piano Integrato di Attività e Organizzazione Aziendale e s.m.i.;
* prendere atto che, a carico dei liberi professionisti che negli ultimi tre anni hanno esercitato poteri autorizzativi o negoziali per conto dell’Azienda, è preclusa la possibilità, per i tre anni successivi alla cessazione, del rapporto di lavoro, di prestare attività lavorativa (a titolo subordinato o di lavoro autonomo) presso i soggetti privati destinatari dell’attività della P.A. svolta attraverso i medesimi poteri;

Chiede infine che ogni comunicazione inerente la presente domanda venga inviata al seguente indirizzo:

via ................................................................................... Cap…………… Città ………………………................... prov. (……)

PEC …………..…………………………………………………………………………………… e- mail…………………………………………………………

tel.: ...................................

Data ..........................................

FIRMA

 ...........................................................

N.B. Alla domanda il candidato dovrà allegare:

• In originale o copia autenticata ai sensi di legge ovvero autocertificati nelle forme di cui al D.P.R. n. 445/2000, utilizzando l’unito modulo 1 a seconda della tipologia delle situazioni da dichiarare, tutte le certificazioni relative ai titoli che ritiene opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito;

• Curriculum formativo e professionale, datato e firmato, in versione Word e PdfA;

* Copia delle polizze RCT e Infortuni;

• certificato di attribuzione della Partita IVA;

• Copia di un documento di identità e del codice fiscale in corso di validità.

**MODULO 1**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI NOTORIETA’**

**(artt.46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a………………………….……………………………………………………………. nato/a a ……………………………………………………………….. il ………………………, residente a ………………………………………………………………………………………… in via……………………………………………………….. consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall’art.76 del D.P.R. n.445/2000

**DICHIARA**

* di essere in possesso del diploma di Laurea in ……………………………………………………………………………………, conseguito presso ..........………………….….................................................... in data ….............................................;
* di essere in possesso del diploma di specializzazione in ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, conseguito presso …………………… …………………………………………………………………………………………………….………. in data ……………….…………………….;
* di essere iscritto all’Albo Professionale dell’Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di ………………………………..………………………… dal…………………………………………… al n. …………….………….;
* di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell’Unione Europea;
* di essere appartenente ad uno Stato extracomunitario (in regola con tutti i requisiti per il soggiorno in Italia);

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **di aver prestato i seguenti servizi presso (indicare con precisione escludendo eventuali periodi di aspettativa/sospensioni):**

|  |
| --- |
| **STRUTTURE PUBBLICHE** |
|  | **QUALE DIPENDENTE** | **QUALE LIBERO PROFESSIONISTA** |  |  |  |
| **Amministrazioni****(DENOMINAZIONE ESATTA DEL SOGGETTO CHE HA CONFERITO L’INCARICO)** | **Indicare qualifica**  | **Rapporto****Lavoro** **TP/PT %** | **Indicare** **Professionalità** | **n. ore sett.** | **(specificare date esatte: giorno mese anno)****PERIODO** **DAL \_\_ AL\_\_­­** |
|  |  |  |  |  | Dal …/……/…….Al ………/…….. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
| **STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE/CONVENZIONATE CON IL S.S.N.** |
|  | **QUALE DIPENDENTE** | **QUALE LIBERO PROFESSIONISTA** |  |  |  |
| **Amministrazioni****(DENOMINAZIONE ESATTA DEL SOGGETTO CHE HA CONFERITO L’INCARICO)** | **Indicare qualifica**  | **Rapporto****Lavoro TP/PT** **%** | **Indicare** **Professionalità** | **n. ore sett.** | **(specificare date esatte: giorno mese anno)****PERIODO** **DAL \_\_ AL\_\_­­** |
|  |  |  |  |  | Dal ……/……/…….Al ……./……/…….. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
| **STRUTTURE PRIVATE** |
|  | **QUALE DIPENDENTE** | **QUALE LIBERO PROFESSIONISTA** |  |  |  |
| **Amministrazioni****(DENOMINAZIONE ESATTA DEL SOGGETTO CHE HA CONFERITO L’INCARICO)** | **Indicare qualifica**  | **Rapporto****Lavoro TP/PT** **%** | **Indicare** **Professionalità** | **n. ore sett.** | **(specificare date esatte: giorno mese anno)****PERIODO** **DAL \_\_ AL\_\_­­** |
|  |  |  |  |  | Dal ……/……/…….Al ……./……/…….. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| **di aver partecipato quale UDITORE ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari, come di seguito indicato:** |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.**  | **TITOLO** |  **giorno/mese/anno**  | **luogo svolgimento** |  **crediti ECM** |
| 1 |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |

* **di aver partecipato quale RELATORE ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari, come di seguito indicato:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.**  | **TITOLO** |  **giorno/mese/anno**  | **luogo svolgimento** |  **crediti ECM** |
| 1 |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |
| 6 |   |   |   |   |
| 7 |   |   |   |   |
| 8 |   |   |   |   |
| 9 |   |   |   |   |

* **che le copie dei seguenti lavori scientifici editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione), allegate alla presente dichiarazione sono conformi all’originale;**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………* **che le copie dei seguenti documenti (oltre alle pubblicazioni di cui sopra) allegate alla presente dichiarazione sono conformi all’originale**;

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………* **Altro (indicare analiticamente tutti gli elementi necessari all’esatta individuazione delle situazioni certificate oltre a quelle già sopra dichiarate: es. altri titoli di studio)**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………. |

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegare obbligatoriamente:**

1. **fotocopia (fronte/retro) non autenticata di un documento di identità in corso di validità**