

ALLEGATO B)

All'ASP CITTÀ DI BOLOGNA
Sede Amministrativa
Viale Roma, 21
40139 BOLOGNA (BO)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ,
AI SENSI DEGLI ARTT. 46 e 47 DEL D.P.R. N. 445/2000**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ Prov. _____

C.A.P. _____ Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ indirizzo e-mail/pec _____

Codice Fiscale _____

**Consapevole delle responsabilità penali previste dall'Ordinamento (art. 76 D. P. R. n. 445/2000)
per il rilascio di dichiarazioni mendaci, la formazione e/o l'utilizzo di atti falsi**

DICHIARA

di confermare che quanto indicato nella domanda di partecipazione e nel curriculum vitae allegato alla stessa, sottoscritto e completo dei dati anagrafici, dei titoli di studio e di tutte le informazioni ritenute utili, corrisponde al vero.

Il sottoscritto autorizza l'ASP Città di Bologna al trattamento dei dati personali forniti ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 e del D. Lgs. 196/2003 s.m.i., ai fini della gestione della presente procedura.

Data ___/___/___

Firma _____