

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

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

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ in Via _____ n° _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR n° 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA QUANTO SEGUE:

di essere lavoratore dipendente presso la ditta _____

Via _____ n° _____ città _____

Altro: _____
(specificare attività)

Dichiaro, inoltre, di non usufruire dei permessi di cui all' art. 33 Legge 104/92 per l'assistenza al familiare _____.

Il dichiarante

Lì _____

Si allega copia fotostatica di documento di identità (non autenticato).

INFORMATIVA (art. 13 D.Lgs. 196/2003)

Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte dell'Azienda medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003. Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria Provinciale Catania.

Il sottoscritto _____ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Data _____

Firma _____