

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETÀ
 (artt 46 e 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il/la sottoscritto/a SERENA VERNA

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)


DICHIARA:

- di essere nato/a il ___
- di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale ___
- di essere residente a _____
14
- di essere domiciliato a _____ Via _____
14
- di essere cittadino/a ITALIANA
- di godere dei diritti civili e politici;
- di essere (indicare se celibe - nubile - coniugato/a - vedovo/a o di stato libero) _____
- di essere in possesso del seguente titolo di studio (indicare il titolo di studio richiesto tra i requisiti di ammissione alla procedura selettiva) LAUREA MAGISTRALE IN BIOLOGIA CELLULARE E MOLECOLARE E SCIENZE BIOMEDICHE (LM6)
 rilasciato in data 15/03/2018 da UNIVERSITÀ DI ROMA TOR VERGATA
 sito in ROMA Via DELLA RICERCA SCIENTIFICA, 1
- di essere iscritto/a all'Albo NELL'ORDINE NAZIONALE DEI BIOLOGI al n. 083269 AA-
- di essere, agli effetti militari, nella posizione di _____
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non essere stato destituito né dispensato né dichiarato decaduto dall'impiego presso pubbliche amministrazioni;
- di non avere altri rapporti di impiego pubblico o privato oltre quello che andrà a costituire con l'Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata ovvero _____

- di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art.53 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n.165 e s.m.i.

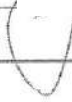
Roma,

07/06/2022Firma del dichiarante _____


Informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679


L'Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata con sede in Roma, Via dell'Ambaradam n.9, in qualità di Titolare del trattamento, La informa che tutti i dati personali che La riguardano saranno trattati in osservanza del Regolamento UE 2016/679. Il conferimento dei dati è obbligatorio per le finalità inerenti la gestione del rapporto di lavoro. Il trattamento dei dati avverrà anche con l'utilizzo di strumenti elettronici e potrebbero essere trasmessi ad altri soggetti pubblici o privati. Il dichiarante può esercitare il diritto di accesso previsto dal citato Regolamento. Il sottoscritto/a con la firma apposta in calce alla presente, attesta il proprio libero consenso al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità sopra indicate.

Roma,

07/06/2022Firma del dichiarante _____


Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente alla U.o.c. Politiche del Personale e Gestione Risorse Umane qualsiasi variazione di residenza e/o domicilio.

Roma,

07/06/2022Firma del dichiarante _____


TELEFONO _____

PEC _____

MAIL _____