Allegato n. 2 - Curriculum

**MANIFESTAZIONE D’INTERESSE**

**SELEZIONE PER L’AFFIDAMENTO DI INCARICO PROFESSIONALE TRIENNALE PER LO SVOLGIMENTO DELLA FUNZIONE DI MEDICO COMPETENTE DI FARMACIATERNI SRL UNIPERSONALE DI TERNI, AI SENSI DEL D.LGS. 9 APRILE 2008, N. 81 E SS.MM.II.**

Dichiarazione sostitutiva redatta ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/La sottoscritt Nato/a

il codice fiscale

Residente in Via n. cap

Città Provincia

Tel. Cellulare e-mail

PEC:

Compilare solo se diverso dalla residenza

Recapito cui inviare ogni documentazione c/o

Via n. cap

Città Provincia

ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 del medesimo D.P.R.

**DICHIARA**

che il proprio curriculum è:

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a alla luce dell’informativa ricevuta attraverso l’Avviso in data ……………………

□ **esprimo il consenso** □ **non esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

□ **esprimo il consenso** □ **non esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali a enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell’informativa.

□ **esprimo il consenso** □ **non esprimo il consenso** al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell’informativa che precede.

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

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_