



Azienda Ospedaliero - Universitaria  
Consorziale Policlinico di Bari

Ufficio Concorsi

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI**  
**ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 n. 445**

Il/la sottoscritto/a (cognome) ..... (nome) .....

nato/a a ..... prov. .... il .....

e residente in ..... prov. .... c.a.p. ....

via/piazza/corso ..... n. ....

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e consapevole che, ove i suddetti reati siano commessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione temporanea dai pubblici uffici, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

\*\* Di essere in possesso dei seguenti titoli:

---

---

---

---

Data

Il dichiarante

.....

.....

N.B.: \*\*Identificare con precisione l'Istituto o l'Ente che ha rilasciato il titolo con l'indicazione della data di conseguimento dello stesso.

I dati personali e le categorie particolari di dati personali, comunicati all'interno della domanda di partecipazione allegata alla presente procedura selettiva ed eventualmente comunicati in tutte le fasi successive saranno utilizzati nei limiti e per le finalità per cui il trattamento risulti connesso e indispensabile alla Sua partecipazione alla procedura di che trattasi. Le informazioni personali acquisite saranno pertanto trattate con modalità idonee a garantire la loro riservatezza, confidenzialità e sicurezza nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 2016/679, del D. Lgs. n. 196/2003 modificato ed integrato dal D. Lgs. n. 101/2018 e delle vigenti autorizzazioni generali del Garante per la Protezione dei Dati Personali. Per l'informativa estesa ai sensi dell'Art. 13 del GDPR 2016/679 si rimanda allo specifico allegato al presente bando.