



Modulo partecipazione Formazione sul Campo presso la struttura Casa di cura Villa Angela Napoli

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

IL/La sottoscritto/a

Matricola Enpab _____

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ PROV _____ DATA DI NASCITA _____

RESIDENZA _____ PROV _____ CAP _____

INDIRIZZO _____ N° _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____

E-MAIL PEC _____

E-MAIL _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dal D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA
di trovarsi nelle condizioni per l'assegnazione dei posti riservati

☐ per aver avuto una maternità/paternità nell'anno 2024 o 2025 Data parto ____/____/____

ATTESTA

☐ di essere iscritto all'ENPAB

☐ di avere un rapporto previdenziale regolare

☐ di aver conseguito per l'anno 2024, se prodotto, un volume d'affari inferiore a 30.000,00 euro o superiore a 30.000,00 euro a fronte di un calo di reddito di almeno il 25% rispetto al dichiarato nel 2023

DICHIARA

- 1) di aver letto il Bando di concorso e di essere informato sulla disciplina regolamentare prevista
- 2) di non avere altri rapporti di lavoro dipendente, o di collaborazione continuativa o di consulenza con le Amministrazioni pubbliche, salvo quelli eventualmente derivanti da incarichi espressamente consentiti da disposizioni normative o autorizzati dall'Amministrazione;
- 3) di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi richiamate dagli art. 53 e 60 del D.Lgs. n. 165/2001 e succ. mod..

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 del d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39

☐ di essere in possesso del **Master Universitario** di I o II livello nell'ambito dell'embriologia o procreazione medicalmente assistita

conseguito il ____/____/____ presso:

☐ di essere in possesso Corso di perfezionamento universitario nell'ambito dell'embriologia o procreazione medicalmente assistita conseguito il ____/____/____ presso:

☐ di essere in possesso della Laurea specialistica (magistrale) in branca attinente le materie del bando o laurea ciclo unico vecchio ordinamento con piano di studi attinente alla genetica ed embriologia

conseguita il ____/____/____ presso:

☐ di svolgere l'attività libero professionale in ambito della biologia della riproduzione da ____ anni

Data ____/____/____

In fede (firma)_____

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati", la informiamo che, i dati e le informazioni richiesti con la presente domanda saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali dell'ENPAB e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza. Il trattamento dei dati personali sarà effettuato con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici.

I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti esterni ad ENPAB solo qualora la comunicazione sia strumentale per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi di cui alla presente domanda e sempre nei limiti necessari per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione o delle ulteriori funzioni istituzionali attribuite all'Ente dalla Legge o da norme regolamentari. In nessun caso i dati forniti saranno oggetto di comunicazione a soggetti residenti o comunque collocati in paesi esteri.

Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto renderebbe impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti ed obblighi.

In ogni momento la S.V. potrà accedere ai dati da Lei forniti e chiederne la modifica, l'aggiornamento ovvero la cancellazione a mezzo di una comunicazione all'indirizzo mail dirittiprivacy@enpab.it.

Titolare del trattamento è ENPAB, Via di Porta Lavernale 12 - 00153 Roma. Il responsabile del trattamento è il Presidente pro tempore dell'Ente.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a, letta e compresa in ogni sua parte l'informativa fornita ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, presta il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali da parte dell'ENPAB per le finalità e nei limiti specificati nell'informativa predetta.

Data ____/____/____

In fede (firma)_____