

AL DIRETTORE GENERALE  
ASL FROSINONE  
Via Armando Fabi, snc  
03100 – FROSINONE

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO RESA AI SENSI DEL D.P.R. N. 445/2000**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ in  
data \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità, con valore di dichiarazione sostitutiva in materia di documentazioni amministrative, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.i. e consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, la formazione e/o l'utilizzo di atti falsi

**DICHIARA**

1. di essere dipendente della ASL Frosinone a tempo pieno e indeterminato nel profilo di \_\_\_\_\_ inquadrato nella disciplina di \_\_\_\_\_;
2. di essere attualmente in servizio presso \_\_\_\_\_;
3. di essere titolare del seguente incarico dirigenziale (tipologia e denominazione)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
4. che non sussistono cause limitanti ad espletare l'incarico oggetto dell'Avviso.

In base a quanto disposto dal codice di protezione dei dati personali, adottato con D. Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione apposta in calce alla domanda autorizza incondizionatamente l'Amministrazione al trattamento dei dati personali necessari all'espletamento della procedura di selezione di cui trattasi.

Si dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'Avviso interno e di accettarne, con la presentazione della presente istanza, tutte le clausole ivi contenute.

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

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso non autenticata)

*(Allegare copia fotostatica di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità ex art. 38 D.P.R. 445/2000)*