

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA' CIRCA LA PRESENZA O ASSENZA
DI VINCOLI DI PARENTELA ED AFFINITA' AI SENSI DELL'ART.1 COMMA 9 LETTERA E)
L. 190/2012 - (ART. 38 e 47 dpr 28.12.2000 N.445)
Allegato B**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ Prov.
_____ il _____ residente in _____ Via

Consapevole che, 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, 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 DPR 445 del 2000);

DICHIARA CHE

1. tra la mia persona e le seguenti altre, tutte abitualmente dimoranti con me al suddetto indirizzo
[Elencare le persone specificandone cognome, nome, luogo e data di nascita]:

2. e tutti i dipendenti e soggetti apicali ASP DR VINCENZO ZACCAGNINO,

- NON ESISTONO vincoli coniugali, parentela, affinità, adozione, tutela;
 ESISTONO vincoli coniugali, parentela, affinità, adozione, tutela, con:

[Cognome] [nome]

[Specificare posizione ricoperta presso l'ASP DR VINCENZO ZACCAGNINO per l'innovazione nel settore primario – l'ASP DR VINCENZO ZACCAGNINO]

[Specificare la natura del vincolo]

[Cognome] [nome]

[Specificare posizione ricoperta presso l'ASP DR VINCENZO ZACCAGNINO per l'innovazione nel settore primario – l'ASP DR VINCENZO ZACCAGNINO]

[Specificare la natura del vincolo]

3. Di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n. 196/2003 e degli art. 13 e 14 del Regolamento Europeo sul trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 - "GDPR"), nel testo in vigore, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, con le indicazioni riportate nel presente avviso ed esprime il proprio consenso al trattamento dei dati di cui alla presente dichiarazione

Luogo _____, li _____

Firma _____