

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art. 46 del DPR 445/200)  
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (art. 47 del DPR 445/2000)

Il sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- a) che tutti i titoli, i certificati e le pubblicazioni allegati sono conformi all'originale;
- b) di essere in possesso dei seguenti titoli e attestati:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il trattamento dei dati personali avviene in conformità al Regolamento UE 2016/679.

I dati personali trasmessi dai candidati con le domande di partecipazione sono trattati, anche in via automatizzata, esclusivamente per le finalità di gestione del bando e delle procedure ad esso correlate anche in caso di contenzioso.

Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini della partecipazione alla selezione.

In ragione di quanto sopra, il candidato è invitato a prendere visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali pubblicata sulla home page dell'Ateneo all'indirizzo: <https://www.unich.it/privacy>.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN CONFORMITA' AL REGOLAMENTO UE 2016/679**

Il/La Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ dichiara di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali e, consapevole di quanto previsto dalla normativa europea vigente in materia di protezione dei dati, autorizza fin d'ora il Dipartimento al trattamento, anche informatico e telematico, ed alla comunicazione dei propri dati personali, necessari per l'esecuzione di tutte le operazioni connesse all'espletamento del concorso, all'eventuale conferimento della borsa di studio e all'assolvimento degli obblighi previdenziali, fiscali e contabili imposti dalla legge e dalla normativa vigente.

Al/la Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ spettano i diritti previsti dalla legge sulla tutela dei dati personali, che dichiara fin d'ora di conoscere. Il Dipartimento si obbliga a trattare e a comunicare i dati del/la Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ in conformità delle finalità sopra richiamate e nel rispetto delle necessarie misure di sicurezza.

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

**Allegare documento di identità in corso di validità**