

Modulo partecipazione Formazione sul Campo

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 2020/2021/2022 Data parto ____/____/____

ATTESTA

☐ di essere iscritto all'Enpab

☐ di avere un rapporto previdenziale regolare

☐ di aver conseguito per l'anno 2020, 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 reddito dichiarato nel 2019

☐ di non essere, alla data di presentazione della domanda titolare di contratto di lavoro subordinato con retribuzione mensile netta pari o superiore a 500,00 euro

A tal fine

DICHIARA

1) di aver letto il Bando di concorso e di essere informato sulla disciplina regolamentare prevista per l'assegnazione dell'incarico e di accettare le condizioni di ammissibilità e permanenza dello stesso

☐ di essere in possesso della Specializzazione post-laurea post-laurea in genetica medica o equipollente

conseguita il ____/____/____ presso:

☐ 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

conseguita il ____/____/____ presso:

☐ di essere in possesso della Laurea specialistica Laurea specialistica 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)_____