

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI PERSONALI  
E DI ATTIVITA' PROFESSIONALE, ISTRUZIONE E FORMAZIONE  
(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto/a .....nato/a a .....  
 ..... Prov. o Stato estero ..... il.....  
 residente a .....Prov.....  
 Via..... n. .... CAP ..... n. tel  
 (obbligatorio) .....Cod. Fiscale .....

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.p.r. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità,

**DICHIARA**

**1. DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE**

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- di essere residente a \_\_\_\_\_  
 in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ e, qualora  
 diverso dalla residenza, domiciliato in \_\_\_\_\_ in  
 via/piazza \_\_\_\_\_
- di essere cittadino/a \_\_\_\_\_

Nel caso di residenze all'estero, allegare certificazione o attestazione rilasciate dalla competente autorità dello Stato estero (corredata di traduzione in lingua italiana autenticata dall'autorità consolare italiana che ne attesti la conformità all'originale), di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale e di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

**2. DICHIARAZIONI RELATIVE AL TITOLO DI STUDIO**

Di essere in possesso del seguente Titolo di Studio .....  
 .....  
 (diploma di scuola inferiore/superiore, laurea... specificando istituzione, luogo e data del conseguimento)

**3. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA POSIZIONE PROFESSIONALE**

Di essere attualmente dipendente di ..... sede di  
 ..... con mansioni di .....

- che comportano  non comportano l'utilizzo di sistemi ITC con privilegi di amministrazione ovvero di aver svolto le seguenti attività professionali e/o studi negli ultimi 5 anni\*:

PERIODO*	ATTIVITA' PROFESSIONALE/ STUDIO/ INTERRUZIONE	LUOGO DOVE SI E' SVOLTA L'ATTIVITA'	LUOGO DI RESIDENZA ANAGRAFICA DELLA PERSONA (se in Italia precisare città e via. Se all'estero indicare lo Stato)
Dal gg/mm/aa al gg/mm/aa			
Dal gg/mm/aa al gg/mm/aa			
Dal gg/mm/aa al gg/mm/aa			
Dal gg/mm/aa al gg/mm/aa			
Dal gg/mm/aa al gg/mm/aa			

\*specificare obbligatoriamente giorno/mese/anno e le eventuali interruzioni superiori a 28 giorni.

Il sottoscritto dichiara altresì che nei periodi di interruzione non ha posto in essere alcun comportamento e/o azione contrario alla sicurezza e prende atto che, ai sensi dell'art 13 del Reg. UE 679/2016 "GDPR" i dati di cui sopra vengono raccolti esclusivamente per esigenze di ufficio e non saranno utilizzati per altri scopi senza preventivo consenso dell'interessato. Una informativa completa è disponibile presso l'ufficio tesseramento.

Data ..... Firma .....

.....

**4. VERIFICHE AUTOCERTIFICAZIONE DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO**

Il Datore di lavoro e/o legale rappresentante della Ditta/Ente \_\_\_\_\_ cui il/la \_\_\_\_\_, risulta essere dipendente, dichiara ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000, di avere effettuato le verifiche al 100% delle dichiarazioni riguardanti identità e attività professionali, studi ed eventuali interruzioni superiori ai 28 giorni durante gli ultimi 5 anni, così come previsto dal punto 11.1.3.1 del PNS parte A.

Data ..... Firma .....