

Modulo 6

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CASELLARIO GIUDIZIALE

RESA EX ART. 2 DEL D.LGS. 39/2014

(Art.46, co.1, lett.aa, D.P.R. n.445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a
_____, il _____, residente
a _____ in via
_____n._____, consapevole delle sanzioni penali e civili sancite

dall'art.76, D.P.R. n.445/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità,

- visto l'art. 2 del D.Lgs. 39/2014;
- viste le lettere aa) e bb) dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000;

D I C H I A R A

- di non aver riportato condanne penali per i reati di cui agli artt.600 bis, 600 ter, 600 quater, 600 quinquies e 609 undecies del Codice penale;
- di non essere sottoposto a sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo www.ats-valpadana.it. Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è reperibile presso la sede dell'Agenzia di Tutela della Salute della Valpadana, può essere contattato utilizzando i recapiti istituzionali dell'ente (protocollo@pec.ats-valpadana.it) indicati sul sito web www.ats-valpadana.it ed è il seguente soggetto:

DPO	P. IVA	Via/Piazza	CAP	Comune	Rappresentante del DPO
LTA S.R.L.	14243311009	Via della Conciliazione, 10	00193	Roma	RECUPERO LUIGI

Allegato: fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Data _____

(Firma del dichiarante per esteso e leggibile)