**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

resa da maggiorenne con capacità di agire (art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

 Io sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni di cui all’art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

**D I C H I A R O:**

* Di essere iscritto/a nell’Albo Assistenti Sociali della Sardegna con numero: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di trovarmi nella seguente condizione: persona in stato ai sensi del D. Lgs. 181/2001 e successive modificazioni ed essere iscritto nelle apposite liste del Centro per l’impiego di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DICHIARANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (firma leggibile)

 (Ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, la dichiarazione e’ sottoscritta dall’interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta ed inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un valido documento d’identità del dichiarante)