

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ dichiara sotto la propria personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46,47 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n.445 di avere piena conoscenza delle norme in materia di rispetto della privacy ai sensi del G.D.P.R. 679/2016 recepito con D.Lgs. 101/2018 e si impegna a non divulgare qualsiasi informazione di carattere riservato di cui possa venire a conoscenza in dipendenza del rapporto di tirocinio che si instaura con l'ASP.

Si allega documento di riconoscimento

Luogo e data _____

Il Dichiarante

firma