

**MODULO DICHIARATIVO  
PARTICOLARI COMPETENZE**

**\_I\_ sottoscritt** \_\_\_\_\_, nat. il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_,  
residente in Via/P.zza \_\_\_\_\_, n° \_\_\_, Città \_\_\_\_\_,  
tel./cell. \_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_,  
e-mail \_\_\_\_\_,

**Dichiara**

ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 46 e 47 D.P.R. n. 445/00 e ss.mm.ii.

*(barrare le caselle)*

- Di possedere le particolari competenze di cui all'Avviso di sostituzione pubblicato in data 19.06.2024 di esecuzione di ecografie ginecologiche e ostetriche**
- Di non possedere le particolari competenze di cui all'Avviso di sostituzione pubblicato in data 19.06.2024 di esecuzione di ecografie ginecologiche e ostetriche**
- Di allegare n. \_\_\_\_ certificazioni (attestati, corsi di formazione...), comprovanti lo svolgimento della particolare competenza richiesta nel sopracitato Avviso, di cui si dichiara la conformità all'originale in proprio possesso.**

**Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 19 e 46 e 47 del DPR 445/2000:** Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 Regolamento EU/2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_