

Allegato B

Spett.le Lega Italiana Fibrosi Cistica Puglia ODV

P.zza Giulio Cesare n. 14

70124 BARI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

PER LA PARTECIPAZIONE AL BANDO DI CONCORSO

PER L'ASSEGNAZIONE DELLA BORSA DI STUDIO 'LUIGI MAIURI 2025'

EROGATA DALLA LEGA ITALIANA FIBROSI CISTICA ODV

Io sottoscritto/a

Codice fiscale

Nato/a a

il

Residente a

CAP

Indirizzo

Visto il D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 concernente "T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la Legge 12 novembre 2011, n. 183 ed in particolare l'art. 15 concernente le nuove disposizioni in materia di certificati e dichiarazioni sostitutive;

Consapevole di essere soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità e che decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, dal controllo effettuato dalla Lega Italiana Fibrosi Cistica, emerge la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. n. 445/2000)

Dichiaro quanto segue:

- di aver conseguito in data

Lega Italiana Fibrosi Cistica Puglia ODV

Sede presso il Centro Regionale di Diagnosi e cura della Fibrosi Cistica – Clinica Pediatrica Policlinico di Bari P.zza G. Cesare, 14 – C.F. 93070510727 - Web: puglia.fibrosicistica.it e-mail: puglia@fibrosicistica.it

Recapiti: Presidente: Matteo Silba cell 3282787918 mail: msilba@tiscali.it

Vice Presidente: Giovanni Giuliano 3471322640 mail: gianni.giuliano@gmail.com

- la Laurea (LM/LS)

- presso l'Università

- con votazione

- Di essere in possesso della Cittadinanza Italiana;
- Di non aver riportato condanne penali (*);
- Di possedere i requisiti relativi alla non cumulabilità della borsa durante l'intero periodo di fruizione della Borsa di Studio;

Data ____/____/____

Firma _____

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai fini di quanto previsto dal Bando di Concorso e in conformità al Regolamento Europeo 2016/679.

Data ____/____/____

Firma _____

(*) In caso affermativo indicare le eventuali condanne penali riportate, gli estremi delle relative sentenze (anche nei casi in cui sia stata concessa la non menzione nei certificati rilasciati dal casellario giudiziale a richiesta di privati ovvero siano intervenuti amnistia, indulto, grazia, perdono giudiziale o riabilitazione) e i procedimenti penali eventualmente pendenti.

N.B.:

1. **Datate e sottoscrivere tutte le pagine che compongono la dichiarazione**
2. **Allegare alla dichiarazione la fotocopia, firmata, di un documento di identità personale, in corso di validità.**
3. **Si informa che la normativa sulle dichiarazioni sostitutive si applica ai cittadini italiani e dell'Unione Europea.**

Lega Italiana Fibrosi Cistica Puglia ODV

Sede presso il Centro Regionale di Diagnosi e cura della Fibrosi Cistica – Clinica Pediatrica Policlinico di Bari P.zza G. Cesare, 14 – C.F. 93070510727 - Web: puglia.fibrosicistica.it e-mail: puglia@fibrosicistica.it

Recapiti: Presidente: Matteo Silba cell 3282787918 mail: msilba@tiscali.it
Vice Presidente: Giovanni Giuliano 3471322640 mail: gianni.giuliano@gmail.com