

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a **LA CIVITA Luca**

nato a **SULMONA (AQ)** il **04/03/1961**

residente a **PALMAS ARBOREA (OR)** in **Vico I^ Renzo Laconi n. 2**

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

## DICHIARA

che i documenti, in originale, riportati nel curriculum formativo e professionale sotto indicato sono in possesso del sottoscritto e che le descrizioni di fatti ivi citati corrispondono a verità.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ARES Sardegna, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

DocuSigned by:

ORISTANO,

Il Dichiarante

*Luca La Civita*

47D35EBEB2784AB...

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, all'ufficio competente.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato, ai sensi del Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo, che il trattamento dei dati personali, sia manuale sia informatizzato, comunicati all'Azienda Regionale della Salute Sardegna, è finalizzato unicamente all'espletamento della procedura selettiva prevista per il conferimento dell'incarico.

DocuSigned by:

ORISTANO, 11.10.2020

Il Dichiarante

*Luca La Civita*

47D35EBEB2784AB...