



PREMIO “FLORENCE”

O.P.I. Campobasso-Isernia

ALLEGATO A

IL SOTTOSCRITTO _____ chiede di essere ammesso/a a partecipare al “PREMIO FLORENCE”.

Ai tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.

Dichiara sotto la PROPRIA responsabilità:

- Di essere nato/a a _____ Provincia ___ il ___ \ ___ \ ___
- Di essere residente in _____ Provincia _____
- Via _____ N. Civico _____ CAP _____
- Cellulare _____ E-mail _____
- PEC _____
- Di aver conseguito la laurea in INFERMIERISTICA (L/SNT1) in data ___ \ ___ \ ___
con seguente titolo _____

- - Di essere iscritto all’OPI di Campobasso-Isernia in data ___ \ ___ \ ___ N. Di iscrizione _____
- - Dichiara di aver preso visione di tutti i punti presenti nel bando concorsuale
- - Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell’RGDP 679/2016 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa
- - Di essere consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, così come previsto dall’art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000

LUOGO e DATA _____ FIRMA _____

