



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
SUOR ORSOLA
BENINCASA

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi
Suor Orsola Benincasa – Napoli
Via Suor Orsola 10
80135 Napoli

**MODULO RIDUZIONI ECONOMICHE
AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEL DPR N. 445/2000**

**Master di II livello in
Management delle Aziende sanitarie - Anno Accademico 2020/2021**

Il/La sottoscritto/a _____

Codice fiscale _____ nat ____ a _____

il _____ residente a _____ prov. _____

via _____ CAP _____

tel _____ email _____

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art.75-76 del DPR n. 445/2000)

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000

- Di essere dipendente
 - Azienda ASL Napoli 1
 - Azienda Ospedali dei Colli
 - Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Università Luigi Vanvitelli
 - Azienda Ospedaliera Policlinico Università Federico II



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
SUOR ORSOLA
BENINCASA

- Di essere componente della Commissione Sanità dell'Ordine dei Dottori Commercialisti di Napoli
- Di essere socio ALSOB (Associazione Laureati Suor Orsola Benincasa) da almeno due anni continuativi.

SI ALLEGA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITÀ

Ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (di seguito GDPR), l'Università degli Studi Suor Orsola Benincasa (UNISOB) informa coloro che presenteranno domanda in relazione al presente bando che i dati forniti nell'ambito della procedura selettiva saranno trattati per il perseguimento delle finalità istituzionali proprie dell'Università in relazione alla detta selezione e per l'adempimento di eventuali obblighi normativi a essa connessi. I dati conferiti dai partecipanti saranno trattati conformemente a quanto previsto dall'attuale normativa applicabile europea (GDPR) e italiana (D.lgs. 196/2003 e s.m.i.). L'informativa completa è disponibile sul sito <https://www.unisob.na.it/privacy.htm>

Data, _____

FIRMA