

FAC-SIMILE DELLA DOMANDA

AL COMMISSARIO
dell'Azienda Sanitaria Locale N. 2
Via Bazzoni Sircana 2 – 2A
07026 OLBIA

Il/la sottoscritto/a), residente in..... (provincia di)
Via/Piazza n°, C.A.P....., Tel,

chiede

di essere ammesso/a a partecipare al corso Regionale di Formazione per micologi anno 2010-2011.
A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28/11/2000 n. 445
concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, consapevole delle sanzioni
penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi sotto
la propria responsabilità dichiara :

1. di essere nato/a a(prov. di) il
2. di essere residente nella vian°..... , comune di
Prov.....; tel.; e.mail
3. di essere in possesso di laurea in conseguita
nell'anno accademico, presso l'Università di
4. che l'indirizzo al quale deve essere fatta pervenire qualsiasi comunicazione relativa al presente
avviso è il seguente.....;
5. di concedere, ai sensi del D.lgs n. 196 del 30/06/2003, il consenso al trattamento dei dati personali.

Data (firma per esteso)

(Allegare copia documento di riconoscimento in corso di validità)