

A Infomobility S.p.A.
p.c. Ausl di Parma

**4.2 Dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante il ruolo ricoperto presso
Ausl di Parma**

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

I dati di seguito indicati saranno forniti ad Ausl di Parma per finalità di verifica.

Il/La Sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ (____) il ____/____/____ Codice Fiscale _____
Numero di matricola _____
Residente a _____ (____) via _____ n. _____
Domiciliato/a a _____ (____) via _____ n. _____
E-mail _____ Tel. _____

consapevole delle sanzioni penali che, in caso di falsità in atti e mendaci dichiarazioni, sonocomminate ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Di ricoprire, a oggi, presso Ausl di Parma, il seguente ruolo (indicare qualifica professionale ricoperta all'interno dell'Azienda): _____
- Di essere informato/a ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003 che i dati forniti saranno trattati anche con strumenti informatici per le finalità connesse e strumentali all'accesso di tariffazione agevolata così come previsto in Convenzione e per le verifiche dei requisiti da parte di Infomobility S.p.A. e di Ausl di Parma.
- Di accettare che, nel caso in cui dalle verifiche condotte su quanto dichiarato nella presente risultino dichiarazioni mendaci, vengano meno tutte le agevolazioni previste dalla Convenzione tra Ausl di Parma e Infomobility.

Parma, _____

Firma _____