



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

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

.....sottoscritt.....

nat.... aprov. (.....) il.....

residente a.....prov. (.....) in via

codice fiscale

Nella qualità di (1).....sotto la supervisione del Prof./Dott. (2)..... afferente al Dipartimento Scienze Agrarie, Alimentari e Forestali dell'Università di Palermo, con sede in viale delle Scienze, Ed.4 Ingr. B, p. IVA 00605880822, c.f. 80023730825

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, e a conoscenza del fatto che saranno effettuati controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese, agli effetti dell'applicazione delle disposizioni previste dall'art. 48-bis del D.P.R. 29 settembre 1973, n.602,

DICHIARA

di **non essere esposto ad agenti cancerogeni e mutageni ai sensi del D.M. 12.07.07 n.155** e s.m. per effetto della propria attività lavorativa presso il Dipartimento Scienze Agrarie e Forestali

ovvero

di **essere esposto ad agenti cancerogeni e mutageni ai sensi del D.M. 12.07.07 n.155** e s.m. per effetto della propria attività lavorativa presso il Dipartimento Scienze Agrarie, Alimentari e Forestali, derivante dall'utilizzo di sostanze, preparati o sistemi e procedure di cui all'elenco riportato sul sito <http://www.ispesl.it/cancerogeni/index.htm> e/o nell'elenco riportato nell'allegato VIII del D.Lgs 626/94 e s.m. e di **impegnarsi a fornire al Direttore del Dipartimento o suo delegato tutti i dati utili ai fini della compilazione del prescritto Registro entro i termini richiesti dall'Amministrazione del Dipartimento.**

DICHIARA

inoltre, ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, di conoscere che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

DICHIARA

infine, che provvederà a comunicare tempestivamente e senza indugio alcuno qualsiasi variazione alla situazione sopra rappresentata.

Data

Firma

(a cura dell'ufficio)

Dichiarante identificato:

- Mediante fotocopia del documento d'identità che si allega
- Personalmente, al momento dell'apposizione della sottoscrizione

Estremi del documento d'identità allegato in copia o esibito:

tipo N. rilasciato il Da

data *Il Funzionario addetto*

Note: (1) Dottorando (specificare ciclo; titolo della ricerca), Assegnista, Borsista, titolare di Contratto, Studente interno, Collaboratore volontario esterno (2) specificare docente di riferimento/tutor.