



**Regione del Veneto**  
**Istituto Oncologico Veneto**  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



REGIONE DEL VENETO

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

Art. n° 46-47 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000

IL /La Sottoscritto/a

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

Matricola \_\_\_\_\_ dipendente presso codesto Istituto in qualità di \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi contenenti parti non rispondenti a verità.

**DICHIARO/A**

**MATRIMONIO** : di aver contratto matrimonio nel Comune di \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**NASCITA** : che in data \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ è nato/a  
di nome \_\_\_\_\_

**LUTTO** : che in data \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_  
è deceduto/a \_\_\_\_\_  
(relazione di parentela) \_\_\_\_\_ Cognome e Nome  
residente a \_\_\_\_\_  
data del funerale \_\_\_\_\_

Padova, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del dipendente)

Informativa ai sensi Regolamento Europeo 2016/679 sulla Privacy e D.lgs 101/2018: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo .

**NB. Barrare le caselle interessate**

**In caso di invio per posta allegare copia documento identità**

**UOC Risorse Umane** - Ufficio verifica presenze  
tel. 049 821 1193/5675, e-mail: [verifica.presenze@iov.veneto.it](mailto:verifica.presenze@iov.veneto.it)

agg. al 05/02/19