

22042 - SAN FERMO DELLA BATTAGLIA (CO) -

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
(cognome e nome)

CHIEDE

di partecipare all' **AVVISO** prot. n. 4078 del 19/01/2024 per manifestazione di interesse alla partecipazione al progetto regionale s.c. dipendenze piano di intervento asst lariana per la cura sert del gioco d'azzardo patologico – quinta annualita' – infermiere professionale:

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti:

DICHIARA

- 1) di essere nato/a a _____ (prov. _____) il _____
codice fiscale _____
di essere residente a _____ (prov. _____) CAP. _____
in Via _____ n. _____
cellulare _____ e-mail _____
pec _____
- 2) di essere in possesso della seguente Partita Iva: _____;
- 3) di essere in possesso della
☐ cittadinanza italiana
☐ cittadinanza dello stato _____;
(N.B. i cittadini extracomunitari devono anche allegare il regolare permesso di soggiorno)
- 4) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____;
ovvero di non essere iscritto per il seguente motivo _____;

per i cittadini stranieri:
- di godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza;
- di possedere un'adeguata conoscenza della lingua italiana;
- 5) di aver riportato condanne penali
☐ no
☐ sì (specificare) _____
- 6) di avere procedimenti penali in corso:
☐ no
☐ sì (specificare) _____
- 7) di essere in possesso dei requisiti obbligatori di ammissione all'avviso, così come elencati nel relativo bando;

- 8) di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi con l'Azienda né con l'attività istituzionale dalla stessa esercitata;
- 9) che le dichiarazioni contenute nel **curriculum formativo e professionale allegato** sono veritiere e sono rese ai sensi del D.P.R. n. 445/00 e di essere a conoscenza delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. medesimo in caso di false dichiarazioni;
- 10) di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi della normativa vigente;
- 11) che il preciso recapito a cui devono essere inviate tutte le comunicazioni inerenti all'avviso è il seguente:

☐ Via _____ n° ____ CAP _____

Città _____ Prov. _____,

oppure

☐ indirizzo pec: _____

Il/la sottoscritto/a inoltre allega alla presente domanda il proprio curriculum formativo e professionale in formato europeo, datato e firmato.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, attesta che le dichiarazioni di cui sopra si intendono rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.

Il/la sottoscritto/a, dichiara di accettare incondizionatamente tutte le norme previste dal presente avviso pubblico.

Il/la sottoscritto/a, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli definiti "sensibili", in ordine alla comunicazione e alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità di cui alla presente procedura, secondo quanto stabilito dal D.Lgs 30.06.2003 n. 196.

Il/la sottoscritto/a, chiede, infine, che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda sia fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni, ed esonera l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana da qualsiasi responsabilità in caso di irreperibilità:

via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Città _____ (Prov. di _____)

PEC o CEC – PAC (intestata al sottoscritto)

Il sottoscritto avendo indicato l'indirizzo di PEC o CEC- PAC accetta che stesso diventi il solo indirizzo valido ad ogni effetto giuridico ai fini del rapporto con l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana.

Data _____

FIRMA _____

AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA AI SENSI DEGLI ARTT. 38 E 39 D.P.R. 28.12.2000, N. 445

Note: devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate

Allegato alla presente, fotocopia documento di identità n. _____

rilasciato il _____ da _____