

22042 - SAN FERMO DELLA BATTAGLIA (CO) -

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

CHIEDE

di partecipare all' **AVVISO** prot. n. 80748 del 03/12/2024 per manifestazione di interesse alla partecipazione al "progetto AUTINCA" ed al "progetto DIAPASON" finanziati con risorse dei Fondi per la cura dei soggetti con disturbo dello spettro autistico annualità 2021-2022 di cui alle DGR n. XII/277/2023 e DGR n. XII/278/2023. – Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva per l'area di Menaggio (Co).

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 _____