

**22042 - SAN FERMO DELLA BATTAGLIA (CO) -**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

**CHIEDE**

di partecipare all'**AVVISO** prot. n. 0043460 del 18/06/2025 per la manifestazione di interesse alla partecipazione ai Progetti Regionali di Rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) in attuazione delle "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali" approvate con l'intesa del 28/04/2022 – Rep. Atti n. 58/CSR – D.G.R. n. XI/7761 del 28/12/2022. Area di intervento: Percorsi innovativi alternativi ai ricoveri in REMS. Sede di Longone al Segrino (Co). PSICOLOGO.

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 \_\_\_\_\_