



Comune Capofila Licata

Comune partner Palma di Montechiaro

Azienda Sanitaria Provinciale – AG

Pec: protocollo@cert.comune.licata.ag.it

E mail: distrettod5@comune.licata.ag.it

Ufficio: Via Marianello s.n.c Licata

Tel. 0922868111- 0922775817

All. B

Il/la sottoscritt _____ nato/a a _____

Residente a _____ in via _____ n _____

Consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n° 445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

chiede

di essere ammesso a partecipare all'avviso pubblico per l'accreditamento di figure professionali volti a svolgere servizi professionali domiciliari progetto HCP 2025/28

relativamente alla figura di:

- Servizi professionali di Biologia Nutrizionale e di **Dietistica**
- Servizi professionali di assistenza alle persone in condizioni di disabilità finalizzati a soddisfare i bisogni primari e a favorirne il benessere e l'autonomia, effettuati da Operatore Socio Sanitario (**OSS**) e da Operatore Socio Assistenziale (**OSA**)

(indicare la figura professionale per la quale intende candidarsi tra quelli elencati)

e dichiara

- Di godere dei diritti civili e politici
- Di essere iscritto all'albo dell'ordine professionale di _____
- Di non avere riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale
- Di non essere a conoscenza di essere sottoposto a indagini a carattere penale
- Di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
- Conseguito presso _____ in data _____
- Con votazione di ____/110 con lode senza lode;

di essere in possesso inoltre

_____ (specificare ulteriori titoli o iscrizioni richiesti per la figura professionale indicata)

- Iscrizione all'Albo professionale _____ nella sezione _____ secondo la normativa vigente;
- Che i recapiti per eventuali comunicazioni successive alla presentazione della presente domanda di partecipazione sono: _____

Indirizzo _____ Tel. _____

Cell. _____ e mail _____

- Di avere preso visione integrale dell'Avviso Pubblico e di accettare tutte le norme in esso contenute;

il sottoscritto allega alla presente domanda:

1. Curriculum formativo e professionale accompagnato dalla dichiarazione sulla veridicità di quanto in esso contenuto;
2. Copia di un documento di identità in corso di validità;
3. Ulteriori eventuali dichiarazioni sostitutive attestanti il possesso dei titoli e dei documenti ritenuti utili ai fini della valutazione.

Luogo e data _____

Firma

Informativa sul trattamento dei dati personali conferiti con il presente modulo, e resa ai sensi del Reg. UE N. 679/2016 (GDPR)

AI SENSI DEL reg.ue 679/2016 (GDPR), il trattamento dei dati personali forniti per aderire al presente avviso sarà finalizzato all'espletamento da presentare procedura, con l'utilizzo di procedura, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire tali finalità. Il conferimento di tali dati è pertanto obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di ammissione, pena l'esclusione della procedura medesima

Il trattamento dei dati forniti sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e tutela della riservatezza.

I dati forniti saranno trattati anche successivamente, in caso di conferimento di incarico professionale per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo e potranno essere fatti oggetto di comunicazione ad altri enti pubblici solo in presenza di espressa previsione di legge o di regolamento e se risulti comunque necessario per lo svolgimento delle funzioni istituzionali o a soggetti privati incaricati dal Comune ad elaborare o catalogare detti dati.

Ai partecipanti sono riconosciuti i diritti del citato REG.UE679/2016 (GDPR) . Il titolare dei dati è _____

Firma
