

Spett.le

Comunità della Pianura Bresciana

Fondazione di partecipazione

Via Codagli 10/a

25034 Orzinuovi

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA COSTITUZIONE DI UN ELENCO PER INCARICHI DI DOCENZA PER SUPERVISIONE OPERATORI DEGLI AMBITI TERRITORIALI, OGLIO OVEST, SEBINO, MONTE ORFANO E BASSA BRESCIANA OCCIDENTALE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ Prov. _____ il _____

e residente in _____ via _____ n. _____

con studio in _____ via _____ n. _____

Telefono _____ Fax _____ E-mail _____

Pec _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

esercitante nello studio professionale denominato _____

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

per svolgere incarico di docenza per supervisione operatori degli ambiti territoriali Oglio Ovest, Sebino, Monte Orfano e Bassa Bresciana Occidentale

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del d.P.R. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.P.R. 445/2000,

DICHIARA

1. di avere la cittadinanza italiana, salvo le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti per i cittadini dell'Unione Europea;
2. di avere il godimento dei diritti civili e politici;
3. di avere capacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione;
4. di non avere riportato condanne penali o sentenze di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'art. 444 c.p.p. per qualsiasi reato che incida sulla moralità professionale e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione o sicurezza;
5. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimento penale;

ovvero

di essere sottoposto a procedimento penale per i seguenti reati:

6. di essere iscritto all'Albo _____
presso _____ con il n. di iscrizione _____;

7. di possedere specifica preparazione nelle seguenti materie maturate anche nel corso di incarichi ricoperti
(specificare le tematiche affrontate su incarico di altri Enti pubblici e l'indicazione degli stessi):

8. che l'esatta denominazione e recapito del professionista e/o dello studio professionale per liquidare le prestazioni professionali ed inviare ogni comunicazione è il seguente:

Studio: _____

Via/Piazza _____ n. _____

CAP _____ Città _____

Telefono _____ Fax _____ E-mail _____

Pec _____

9. di non aver riportato sanzioni disciplinari negli ultimi 5 anni;

10. di non trovarsi in situazione di conflitto di interesse con l'Ente come previste dall'ordinamento giuridico e dal codice deontologico forense;

11. di non avere in essere alcun contenzioso nei confronti nei Comuni degli Ambiti territoriali in oggetto;

12. di essere in possesso di polizza assicurativa obbligatoria per responsabilità professionale di cui indica gli

estremi e il massimale garantito:

13. di autorizzare la Fondazione, ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 e del Regolamento europeo 2016/279 sulla protezione dei dati, al trattamento dei propri dati personali, anche a mezzo di strumenti informatici, nell'ambito dei procedimenti per i quali tale dichiarazione viene resa;

14. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni successiva variazione rispetto alle dichiarazioni sopra rilasciate nonché ogni sopraggiunta situazione ostativa al mantenimento dell'iscrizione;

15. di esercitare la professione in forma _____ (associata o libera....);

16. In caso di studi associati indicare il nominativo di tutti i professionisti componenti lo studio

Allegati:

A. Curriculum vitae e professionale

B. Copia del documento di riconoscimento.

Luogo e data _____

Firma _____