Spett.le

Comunità della Pianura Bresciana

Fondazione di partecipazione

Via Codagli 10/a

25034 Orzinuovi

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI ASSISTENTI SANITARI

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 _____

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

per i servizi oggetto di affidamento presenti nell'avviso pubblico.

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 un'età non inferiore ai 18 anni;

4. di avere capacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione;

5. 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;

6. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimento penale;

ovvero

di essere sottoposto a procedimento penale per i seguenti reati:

_____

_____

7. di essere iscritto all'Ordine degli Assistenti Sanitari con il n. di iscrizione _____;

8. di aver conseguito il seguente ordine di Studio presso_____ con votazione_____

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

10. di non trovarsi in situazione di conflitto di interesse con l'Ente;

11. di non avere in essere alcun contenzioso nei confronti di pubbliche amministrazioni;

12. di essere in possesso di polizza assicurativa obbligatoria per responsabilità professionale di cui indica gli estremi e il massimale garantito:

_____:

13. di accettare incondizionatamente tutte le norme e prescrizioni contenute nell'avviso di manifestazione di interesse del _____, per la costituzione dell'Elenco degli Assistenti sanitari della Fondazione;

14. 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;

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

Allegati:

A. Curriculum vitae e professionale

B. Copia del documento di riconoscimento.

Luogo e data _____

Firma_____