*Fac-simile domanda di ammissione*

Al Direttore Generale

ATS Val Padana

Via dei Toscani n. 1

46100 Mantova

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso a partecipare all’ **AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO LIBERO-PROFESSIONALE A LAUREATO IN SCIENZE MOTORIE, indetto da ATS Val Padana con decreto n. 628 del 05.10.2023.**

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole che in caso di falsità in atti decadrà dai benefici eventualmente conseguito, fatte salve le responsabilità pensali, secondo quanto previsto dagli articoli 75 e 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del suddetto decreto

**DICHIARA**

□ di essere nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di risiedere a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.°\_\_\_\_\_\_;

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

C.F.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Stato civile: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Numero di figli a carico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**Allega copia documento di riconoscimento**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero documento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rilasciato il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ **domicilio** *(compilare solo se diverso dalla residenza):*

Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.°\_\_\_\_\_\_;

Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_;

□ di essere in possesso della cittadinanza italiana;

***oppure***

□ di essere in possesso del requisito sostitutivo della cittadinanza italiana: cittadino \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stato membro **dell’Unione Europea**;

□ di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

***oppure***

* + di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ di non avere riportato condanne penali e di non avere conoscenza di procedimenti penali pendenti a proprio carico;

***oppure***

□ di avere riportato le seguenti condanne penali (*da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale*):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

***oppure***

□ di avere i seguenti procedimenti penali pendenti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso il Tribunale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* + di non essere stato destituito o dispensato dall’impiego, ovvero licenziato presso pubbliche amministrazioni;
  + di non avere rapporti di lavoro dipendente con il Servizio Sanitario Nazionale al momento dell’eventuale conferimento dell’incarico;

□ di essere nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ di avere piena e incondizionata idoneità fisica rispetto al profilo professionale a bando;

□ invalidità riconosciuta: □ si (se SI, indicare la percentuale) □ no;

□ di essere iscritto ad una delle categorie di cui all’art. 1 comma 1 della L. 68/1999 ed iscritto negli elenchi di cui all’art. 8 della medesima legge □ si □ no;

*(in caso affermativo, allegare alla domanda certificazione rilasciata da apposita struttura sanitaria e documentazione attestante l’effettiva iscrizione alle liste di collocamento mirato ex art. 8 L. 68/99)*

□ DSA riconosciuta (Disturbi Specifici dell’Apprendimento) □ si □ no;

*(in caso affermativo, allegare alla domanda certificazione)*

**di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:**

□ Titolo di Studio conseguito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Istituto/Università: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anno di conseguimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durata in anni: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Voto (numeratore): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Voto (denominatore): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Riconoscimento a cura del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

*(Da compilare solo se il titolo è stato conseguito in stato diverso dall’Italia e da allegare alla domanda)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO  (diploma, laurea, specializzazione, master, ecc.) conseguiti dal candidato ed ulteriori rispetto ai requisiti specifici**  Titolo di Studio conseguito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Titolo di studio (descrizione): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Istituto/Università: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Anno di conseguimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Durata in anni: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Voto (numeratore): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Voto (denominatore): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***(duplicare il riquadro ad ogni variazione)*** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **SERVIZI PRESTATI PRESSO ASL/PA COME DIPENDENTE**  **Servizi prestati con rapporto di dipendenza presso Aziende ed Enti del SSN, Strutture Sanitarie o Sociosanitarie o Enti Pubblici, Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici e Case di Cura convenzionate/accreditate o servizi equiparati, nel profilo professionale a bando o in qualifiche corrispondenti o nel corrispondente profilo a bando della categoria inferiore o in qualifiche corrispondenti o in mansioni assimilabili al profilo richiesto. Se il servizio è tutt'ora in corso mettere come data di fine la data di presentazione della domanda.**  Esperienza iniziata il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Esperienza terminata il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tipo Ente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Qualifica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Descrizione attività: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tipo Orario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tipo rapporto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ore settimanali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***(duplicare il riquadro ad ogni variazione)*** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ALTRE ESPERIENZE LAVORATIVE PRESSO ASL/PA**  **Servizi prestati in regime di libera professione o di collaborazione coordinata e continuativa o a progetto, presso Agenzie Interinali, Cooperative o Aziende private, ovvero presso Aziende ed Enti del SSN, Strutture Sanitarie o Sociosanitarie o Enti Pubblici, Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici e Case di Cura, convenzionate/accreditate, nel profilo professionale a bando o in qualifiche corrispondenti o nel corrispondente profilo a bando della categoria inferiore o in qualifiche corrispondenti o in mansioni assimilabili al profilo richiesto. In questa sezione inserire eventuali periodi di effettivo servizio militare di leva, di richiamo alle armi, di ferma volontaria e di rafferma, se svolti con mansioni riconducibili al profilo oggetto dell’avviso se svolti in profilo o mansioni diverse da quelle a bando. Lo stesso vale per il servizio civile.  Nel caso in cui non sia specificato il n. di ore/settimana, non verrà attribuito punteggio. Se il servizio è tutt'ora in corso mettere come data di fine la data di presentazione della domanda.**  Esperienza iniziata il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Esperienza terminata il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tipo Ente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Qualifica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Descrizione attività: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tipo Contratto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tipo Orario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ore settimanali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Note: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***(duplicare il riquadro ad ogni variazione)*** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ESPERIENZE LAVORATIVE PRESSO PRIVATI**  **Servizi presso PRIVATI con qualsiasi tipo di rapporto (dipendente, libero professionista, co.co.co., borsa di studio, stage, ecc.). Si precisa che va indicato sia il nome del datore di lavoro che la sede lavorativa presso cui presta la propria opera (ad esempio potrebbe essere dipendente di una cooperativa e lavorare in un'ASL e/o altro ente pubblico). Nel caso in cui non sia specificato il n. di ore/settimana, non verrà attribuito punteggio. Se il servizio è tutt'ora in corso mettere come data di fine la data di presentazione della domanda.**  Esperienza iniziata il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Esperienza terminata il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datore di Lavoro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Qualifica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Descrizione attività: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tipo Contratto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tipo Orario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ore settimanali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Note: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***(duplicare il riquadro ad ogni variazione)*** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ATTIVITÀ DIDATTICA**  **Si considera l'attività di docenza a corsi universitari e/o a corsi di formazione professionale (ad esempio corso OSS, ASA, corsi di laurea, master, scuole di specializzazione). Gli stessi dovranno essere stati conclusi prima della data indicata nel bando.**  Esperienza iniziata il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Esperienza terminata il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ente Organizzatore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Titolo del Corso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tipologia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ruolo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Durata in ore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(*duplicare il riquadro ad ogni variazione)*** |
|  | **PARTECIPAZIONE A CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI**  **Partecipazione a corsi di formazione, formazione teorico-pratica, aggiornamento, perfezionamento, congressi, convegni, seminari, workshop, meeting, ecc. come partecipante e/o uditore. Gli stessi dovranno essere stati conclusi prima della data indicata nel bando.**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ENTE ORGANIZZATORE | TITOLO DEL CORSO | PERIODO  giorno/mese/anno dal/al | ORE | LUOGO DI SVOLGIMENTO | ECM  (si/no) | ESAME FINALE  (si/no) | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |   ***(duplicare le righe se insufficienti)*** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **RELATORE A CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI**  **Partecipazione a corsi di formazione, formazione teorico-pratica, aggiornamento, perfezionamento, congressi, convegni, seminari, workshop, meeting, ecc. come relatore.**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | ENTE ORGANIZZATORE | TITOLO DEL CORSO | PERIODO  giorno/mese/anno dal/al | ORE | LUOGO DI SVOLGIMENTO | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |   ***(duplicare le righe se insufficienti)*** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ARTICOLI E PUBBLICAZIONI**  **Si considerano solo le pubblicazioni (articoli, poster, abstract) edite a stampa e dichiarate in questa sezione. Per la loro valutazione è necessario, oltre a questo inserimento, anche allegarne copia alla domanda.**  **Tipo pubblicazione:**  **Livello pubblicazione**(Nazionale/internazionale):  **Titolo:**  **Nome Rivista/Volume/Convegno**:  **N. di pagine:**  **Data di pubblicazione:**  **Nomi autori:.**  **Singolo Autore**: □ SI □NO  **(*duplicare il riquadro ad ogni variazione)*** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ALTRO**  **Specificare eventuali ulteriori attività e/o esperienze, non ricomprese nelle voci precedenti, attinenti alla professione ed utili alla valutazione del candidato.**  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ***(duplicare le righe se insufficienti)*** |

□ manifesto il mio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati nel rispetto del GDPR 679/2016 (Regolamento europeo in materia di protezione di protezione dei dati personali) per gli adempimenti connessi alla presente procedura, nonché all’eventuale procedura di assunzione;

* + autorizzo altresì l’ATS Val Padana a comunicare i dati personali forniti, anche ad altre aziende ed enti del S.S.N., ai sensi del GDPR 679/2016;
  + dichiaro di rendere le dichiarazioni contenute nella domanda ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e sono consapevole che:

- in caso di dichiarazioni mendaci saranno applicate nei miei confronti le pene stabilite dal Codice Penale e dalle Leggi Speciali in materia (art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000);

- in caso di dichiarazioni non veritiere, è prevista la decadenza del beneficio eventualmente conseguito (art. 75 del D.P.R. 445 del 28/12/2000);

* + **dichiaro di essere a conoscenza del fatto che** ATS Val Padana non può accettare le **certificazioni rilasciate dalle Pubbliche Amministrazioni** in ordine a stati, qualità personali e fatti elencati all’art. 46 del DPR 445/2000 o di cui l’interessato abbia diretta conoscenza (art. 47 DPR 445/2000) e che in luogo di tali certificati è obbligatorio presentare dichiarazione sostitutiva di certificazione o dell’atto di notorietà;

□ dichiaro **di aver preso visione e di accettare incondizionatamente tutte le clausole e le condizioni contenute nel bando;**

□ eleggo il seguente domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni eventuale comunicazione, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ed esonerando ATS Val Padana da qualsiasi responsabilità in caso di propria irreperibilità:

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo, Data Il/La dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’ (artt. 19 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto/a, ai sensi art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

□ che tutte le fotocopie dei titoli allegati sono conformi all’originale;

□ che quanto dichiarato nella domanda di partecipazione alla presente procedura corrisponde al vero.

data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_