**ALLEGATO “A”**

SPETT.LE Asp C. Sartori

Via A. de Gasperi, 3

42020 San Polo d’ Enza Re

asp@pec.carlosartori.it

**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER L’AFFIDAMENTO DI UN INCARICO PROFESSIONALE PER IL COORDINAMENTO, PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELLE MANUTENZIONI ALL’INTERNO DELLE STRUTTURE SOCIO SANITARIE DI ASP CARLO SARTORI**

Il/la sottoscritto/a
(cognome) ………………………….……………… (nome)…………………..………………

Codice fiscale……………………………………..P.IVA ………………………………..

Nato/a il………………………a…………………………………..…………………Prov………

Residente in via/piazza ……………………………………………………………n.…………...

Località………………..…………………………………………………..… C.A.P ………………. Prov ………………Tel………………..……………………… cell…………………………………

e\_mail ………………………………………..

**Attuale sede dello studio professionale**

***Presso……………………………………………………………………..…………………………***

***Via/piazza …………………………………………………………..………………n……...***

***Località………………………………………….……………………. C.A.P…………………………. Prov……………………***

*Ulteriore indirizzo cui inviare eventuali comunicazioni (solo se diverso dalla residenza e studio professionale)*

*Presso……………………………………………………………………………………………………………*

*Via/piazza ……………………………………………………………………………n………….…...*

*Località…………….……………………………………..………C.A.P…………………Prov………*

 **CHIEDE**

di partecipare alla selezione comparativa per l’affidamento dell’incarico in oggetto

**A TAL FINE DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di false dichiarazioni e nell'ipotesi di falsità in atti, e consapevole di incorrere nella decadenza dei benefici eventualmente conseguiti qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, quanto segue:

(barrare la casella)

􀀀 di essere cittadino/a italiano/a;

􀀀di essere cittadino appartenente al seguente Stato della U.E.

………………………………………………...;

􀀀 di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza o provenienza;

􀀀 di non aver riportato condanne penali che escludono dall’elettorato attivo o che impediscano l’esercizio della professione;

􀀀 di non essere stato destituito/a o dichiarato/a decaduto/a dall’impiego presso una Pubblica Amministrazione;

􀀀 di non avere cause ostative a contrarre con una Pubblica Amministrazione;

􀀀 di non essere inibito/a per legge all’esercizio della libera professione;

􀀀 di non trovarsi in conflitto di interessi con l’ASP Carlo Sartori;

􀀀 di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

􀀀 di essere iscritto all’albo dei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara di conoscere e di accettare incondizionatamente tutte le disposizioni contenute nell’avviso di selezione e si impegna a produrre all’atto di stipulazione dell’incarico copia della polizza assicurativa sottoscritta per le eventuali ipotesi di responsabilità civile professionale verso terzi e n. partita IVA

Acconsente al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D.lgs. del 30/06/2003 n. 196, per l'espletamento della procedura comparativa e la successiva gestione del contratto.

 FIRMA

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

**ALLEGA:**

* Copia documento d’identità in corso di validità
* Curriculum vitae in formato europeo datato e sottoscritto