**COLLABORAZIONE PROFESSIONALE A SUPPORTO DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO SVOLTO DA AMF**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

redatta ai sensi del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo mail PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e consapevole altresì che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione la scrivente Impresa decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata

* di essere in possesso dei seguenti requisiti:
  + essere in possesso della laurea in Infermieristica ovvero diploma universitario di infermiere, conseguito ai sensi dell’art. 6, comma 3 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, ovvero diplomi e attestati conseguiti in base ai precedenti ordinamenti e riconosciuti equipollenti;
  + essere in possesso dell’iscrizione all’Albo Professionale, attestata da certificazione in data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di scadenza del bando, o da dichiarazione sostitutiva di certificazione.
  + avere idoneità psico-fisica all’espletamento delle mansioni da svolgere
  + avere pieno godimento dei diritti civili e politici
  + assenza di condanne, anche non passate in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale
  + assenza di provvedimenti interdittivi dai pubblici uffici
* di non essere stati destituiti o dichiarati decaduti dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione
* di non avere contenziosi pendenti con il Comune di Cinisello Balsamo o con Azienda Multiservizi Farmacie S.p.A. oppure con Azienda Speciale Nido o, infine, con altre partecipate del Comune di Cinisello Balsamo
* di non trovarsi in una delle situazioni di incompatibilità di cui al D.Lgs. 39/13
* di non svolgere altri incarichi in favore di amministrazioni pubbliche e soggetti privati che costituiscano causa di incompatibilità o determinino situazioni anche solo potenziali di conflitto d’interesse.
* di accettare, avendone presa conoscenza, le norme e le condizioni stabilite dal l’Avviso Pubblico
* di essere munito di mezzo proprio atto allo svolgimento dei servizi a domicilio
* di avere buone competenze informatiche di base (word processor, navigazione web, ecc)

DICHIARA INOLTRE

[ ] di essere in possesso di un numero di P. IVA

[ ] di non essere in possesso di un numero di P. IVA ma di essere disposto ad aprirla nel caso di esito positivo alla selezione

[ ] di non essere in possesso di un numero di P. IVA e di non essere disposto ad aprirla

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Firma leggibile e per esteso)

La firma autografa deve essere accompagnata dalla fotocopia di un documento di identità (in corso di validità) del dichiarante