

**Manifestazione di interesse per l'iscrizione nella Long List e Dichiarazione sostitutiva ex art.
46 e 47 D.P.R. 445/2000**

**Alla c.a. attenzione del Commissario Straordinario
Spett.le ASP di Pescara
Piazza Italia n. 30
65100 Pescara**

PEC: amministrazione@pec.asp.pe.it

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

Via/Piazza _____ C.F. _____

MANIFESTA

il proprio interesse ad essere iscritto/a nella Long List di esperti cui conferire eventuali incarichi individuali di cui all'Avviso pubblicato sul sito dell'ASP di Pescara all'indirizzo www.asp.pe.it.

Il profilo professionale per il quale si è interessati a collaborare è di esperto nel seguente profilo (indicare solo uno):

- A) Responsabile dei progetti SAI MSNA per l'Ente Attuatore;
- B) Coordinatore;
- C) Psicologo;
- D) Educatore professionale;
- E) Assistente Sociale;
- F) Operatore Legale;
- G) Mediatore culturale;
- H) Insegnante lingua italiana per stranieri;
- I) Operatore per l'integrazione;
- J) Operatore Sociale;
- K) Supervisore;
- L) Operatore notturno;
- M) Cuoca/Addetta alla preparazione dei pasti;
- N) Addetta alle pulizie.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76, D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ex art. 75 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

1. di essere cittadino/a italiano/a di altro stato membro dell'Unione Europea;
2. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____;
3. di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza;
4. di essere in possesso dei titoli specifici per il profilo indicato;
5. di essere iscritto all'albo _____;
6. di non aver riportato condanne penali o di non essere in stato di interdizione o colpito/a da provvedimenti di prevenzione o altre misure;
7. di non essere stato interdetto/a dai pubblici uffici in base a sentenza passata in giudicato;
8. di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
rilasciato da _____ il _____ con votazione _____;
9. di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e delle successive integrazioni e modifiche per l'espletamento della procedura selettiva e per l'eventuale affidamento dell'incarico;
10. di essere consapevole che il rapporto che eventualmente si andrebbe a instaurare sarebbe di mera collaborazione professionale e non garantirebbe comunque la continuazione del rapporto stesso alla scadenza, né costituirebbe titolo preferenziale per l'assunzione anche futura presso l'ASP.

Dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli sulla veridicità di quanto dichiarato ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000.

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto si impegna altresì a comunicare l'eventuale variazione del proprio recapito, indicando di seguito il domicilio presso il quale intendere ricevere le comunicazioni relative al presente avviso:

Via – CAP – Città _____

Tel. – Cell. – Email _____

Si allega:

- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
- Curriculum debitamente firmato.

Data _____

Firma _____