

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

**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) Operatore legale;
- F) Mediatore culturale;
- G) Insegnante lingua italiana;
- H) Operatore per l'integrazione;
- I) Operatore sociale;
- L) Operatore notturno;

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 o 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 e di avere maturato una esperienza di almeno n.2 anni nello stesso ambito;
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 intende ricevere le comunicazioni relative al presente avviso:

Via CAP Città _____

Tel. Cell. e-mail _____

Si allega:

- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- Curriculum

Data _____ Firma _____