

Alla Direzione Regionale Calabria

**Allegato 1 – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE, DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
(artt. 46 e 47 DPR 445/2000) E COMUNICAZIONE POSIZIONE EX ART. 10 ACN  
2024**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

di partecipare all'avviso per il conferimento di incarichi di specialista ambulatoriale per la  
BRANCA di \_\_\_\_\_ presso il CDPR di Lamezia Terme per nr. 5 ore  
settimanali.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per  
dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

1. di essere:

cittadino/a italiano/a

cittadino/a dello Stato UE: \_\_\_\_\_

2. di godere dei diritti civili e politici;

3. di non trovarsi in alcuna situazione comportante l'incapacità di contrarre con la  
Pubblica Amministrazione;

4. di essere in possesso dei seguenti titoli:

- Laurea in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

- Specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_
- 5. di essere iscritto/a all'Albo professionale \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_
- 6. di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art.2 ACN 2024

ovvero

di impegnarsi a rimuovere la seguente situazione di incompatibilità \_\_\_\_\_ prima del conferimento dell'incarico.

Il sottoscritto, altresì:

- autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR 2016/679 nonché della normativa interna in materia di privacy.

#### DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- Documento identità in corso di validità
- Altro \_\_\_\_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_/

Firma \_\_\_\_\_