

**DOMANDA PER L' INCLUSIONE  
NELL' ELENCO DI MEDICI E DI ASSISTENTI SOCIALI  
IDONEI PER LA NOMINA DEI PRESIDENTI E COMPONENTI DELLE COMMISSIONI  
PER L'ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI DI INVALIDO CIVILE (L.295/90),  
CIECO CIVILE (L.382/70), SORDOMUTO (L.381/70), PORTATORE DI HANDICAP  
(L.104/92) E DISABILE AI FINI DELL'INSERIMENTO LAVORATIVO (L. 68/99).**

**AL DIRETTORE GENERALE  
dell'A.S.P. di Catania  
via S. Maria La Grande n 5  
95124 CATANIA**

Il/la sottoscritto/a .....

**CHIEDE**

di essere iscritto/a nell'ELENCO di cui in epigrafe e, precisamente, nella sezione..... a tal fine, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000 e ss. mm. e ii., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazioni false o mendaci, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.:

**DICHIARA**

- di essere nato/a a.....prov..... il.....  
Codice Fiscale..... n. telefonico.....;
- di essere residente a.....prov.....in via.....n.....indirizzo e-mail.....;
- di non avere subito condanne penali anche con sentenza non passata in giudicato, di non avere procedimenti penali in corso e di non avere ricevuto avvisi di garanzia ovvero, in caso affermativo, indicare le motivazioni dell'avviso di garanzia .....
- di aver preso visione del bando pubblicato in data.....e di accettarne tutte le clausole;
- di essere in possesso del seguente **Titolo di studio**.....;
- di essere in possesso della **Specializzazione** in ..... prevista dal bando per l'iscrizione alla sezione sopra indicata;

(RF)

ovvero, per le sezioni “ Componenti senza specifica specializzazione” e “ Assistenti Sociali ” di essere in possesso del **requisito** previsto dal bando per l’iscrizione alla sopraindicata **sezione dell’elenco**.

Dichiara altresì di essere ( barrare la voce d’interesse ) :

- Medico dipendente o convenzionato dell’Asp CT;
- Medico dipendente o convenzionato di altra Azienda del S.S.R.;
- Assistente Sociale in servizio presso l’Asp CT ovvero presso altra Azienda del S.S.R..

- Dichiara, inoltre, di non trovarsi in nessuna delle situazioni d’incompatibilità e di inopportunità a ricevere l’incarico previste, al riguardo, nel richiamato bando nonché dalla vigente normativa in materia.

Allega:

- a) curriculum formativo e professionale datato e firmato, redatto in forma di autocertificazione ai sensi del D.P.R 445/2000 e ss. mm. e ii.;
- d) fotocopia di un documento d’identità in corso di validità .

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso il sottoindicato domicilio :

.....  
Autorizza, ai sensi del D.L.gs 196/03 e ss. mm. e ii., l’Asp di Catania al trattamento, con qualsiasi modalità, dei dati forniti per le finalità inerenti al sopra richiamato avviso, anche successivamente alla conclusione della procedura e per le medesime finalità.

Data.....

Firma ( non autenticata).....

RF