**Allegato A**

**AL DIRETTORE GENERALE**

**A.S.L. DI PESCARA**

**Via r. Paolini n. 47**

**65124 PESCARA**

**OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER SOLI TITOLI, PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI PERSONALE SANITARIO ED AMMINISTRATIVO FINALIZZATO ALL’INDIVIDUAZIONE DEI COMPONENTI DELLE COMMISSIONI INVALIDITÀ CIVILE E LEGGI CORRELATE.**

**RICHIESTA INSERIMENTO NELL’ELENCO DI DISPONIBILITÀ.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede di partecipare in qualità di Componente/Segretario delle Commissioni sanitarie per l’accertamento degli stati di invalidità civile, cecità, sordità civile, handicap e disabilità e leggi correlate, come previsto dall’avviso pubblico indetto con deliberazione della ASL di Pescara n. 1733 del 18/11/2022.

Al tal fine si impegna ad accettare incondizionatamente quanto previsto dall’avviso stesso, con particolare riferimento alla disponibilità volta a garantire l’espletamento dell’attività in qualità di Componente/Segretario delle Commissioni sanitarie per l’accertamento degli stati di invalidità civile, cecità, sordità civile, handicap e disabilità e leggi correlate. Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall’art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, il sottoscritto dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato DPR:

**PER I COMPONENTI:**

* di essere laureato in Medicina e Chirurgia
* di essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione di medico chirurgo - di essere iscritto all’Albo professionale dei Medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere in possesso del Diploma di Specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ovvero**

* di essere inquadrato nel profilo professionale di Assistente Sociale ed essere regolarmente iscritto nel relativo Albo Professionale

**PER I SEGRETARI:**

- di essere dipendente a tempo indeterminato della A.S.L di Pescara nel profilo professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Il sottoscritto, inoltre, in piena responsabilità attesta di non essere titolare di cariche politiche e/o sindacali ed esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, in ordine alla comunicazione e all’obbligo di diffusione degli stessi ai sensi del d.lgs. n.33/2013 e s.m.i. e nell’ambito delle finalità di cui alla presente procedura, secondo le vigenti leggi in materia di privacy (UE n.679/2016).

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna, ove richiesto, a presentare la documentazione probatoria dei titoli e servizi dichiarati. Si allega copia del documento d’identità

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_