

**Al Commissario ad Acta  
per l'attuazione del Piano di rientro dai  
disavanzi  
del servizio sanitario della Regione Calabria**  
[openvaxschool@regione.calabria.it](mailto:openvaxschool@regione.calabria.it)

**Oggetto: manifestazione di interesse per prestare volontariamente e gratuitamente prestazioni professionali per l'attuazione del piano di somministrazione dei vaccini anti -Sars-Cov-2 presso gli Istituti scolastici della Calabria.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ chiede di essere iscritto nell'elenco di **personale volontario medico e sanitario disponibile ad integrare l'organico delle Aziende sanitarie provinciali dei punti vaccinali allestiti presso le scuole calabresi.**

**PROFESSIONE DI APPARTENENZA:**

MEDICO     INFERMIERE     ASSISTENTE SANITARIO

**PERSONALE PENSIONATO**

SI  
 NO (indicare attuale professione: \_\_\_\_\_)

**NUMERO di giornate settimanali per i quali si offre la disponibilità:**

-----;

**Area geografica (indicare i comuni nei quali si intende prestare servizio)**

-----;

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 e ss.mm.ii., dichiara **sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dalle vigenti disposizioni in caso di dichiarazioni non veritiere:**

1. di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e di risiedere attualmente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
2. di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_ (1);
3. di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del comune di \_\_\_\_\_ (2);
4. di avere il seguente codice fiscale \_\_\_\_\_;
5. di possedere l'idoneità fisica per ricoprire l'incarico volontario:     SI'     NO
6. di aver riportato condanne penali:     SI'     NO  
in caso positivo, quali: \_\_\_\_\_
7. di avere procedimenti penali in corso:     SI'     NO  
in caso positivo, quali: \_\_\_\_\_
8. di essere stato destituito dai pubblici uffici:     SI'     NO
9. di possedere una adeguata conoscenza della lingua italiana;
10. di essere in possesso dei requisiti prescritti dall'avviso, e precisamente:  
a) titolo di studio: \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_, nell'anno \_\_\_\_\_;
- b) iscrizione all'Ordine Professionale/albo Professionale: Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

11. di aver svolto la seguente attività professionale:

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

---

---

---

\_di essere in possesso dei seguenti titoli accademici e di studio (specializzazioni, master...), oltre a quelli indicati al punto 10):

---

---

---

---

---

---

---

12. Di essere consapevole che la presentazione della presente domanda e l'eventuale collaborazione fornita non dà titolo ad alcun compenso o incarico di alcun genere.

13. Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni (D.Lgs. 101/2018), ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

14. Chiede che ogni comunicazione venga fatta ai seguenti recapiti di posta elettronica / cellulare:

Indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_

Recapito Cellulare: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Allegati:

**1) documento di identità valido.**