

**Al Commissario ad Acta
per l'attuazione del Piano di rientro dai
disavanzi
del servizio sanitario della Regione Calabria**
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.