

FAC SIMILE DI DOMANDA

**Al Direttore Sanitario
ATS della Montagna
Via Nazario Sauro 38
23100 Sondrio**

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere inserito nell' Elenco aggiornato dei professionisti autorizzati dall'ATS della Montagna a svolgere attività formative nell'ambito dei Corsi di formazione e aggiornamento obbligatori per i gestori delle sale da gioco e dei locali ove sono installate le apparecchiature per il gioco d'azzardo lecito, in attuazione dell'art. 9, comma 1, della l.r. 21 ottobre 2013, n. 8.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del medesimo DPR nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

dichiara

sotto la propria responsabilità:

(barrare tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate)

1. di essere nato/a a il
2. di essere residente a (C.A.P.) in via
3. di essere cittadino/a..... (specificare se italiano o di altro Stato)
4. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di:.....
5. di non essere iscritto nelle liste elettorali per i seguenti motivi:
6. di essere in possesso del seguente Codice Fiscale:
7. di essere in possesso del seguente numero di Partita IVA:
8. di non aver subito condanne penali
9. di aver riportato le seguenti condanne penali
10. di essere nella seguente situazione nei riguardi degli obblighi di leva:
11. di aver conseguito i seguenti titoli di studio:
Laurea in..... conseguita presso
..... il
oppure del seguente titolo di studio:
conseguito presso il
12. di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei
della Provincia/Regione di a decorrere dalal n.
13. di non trovarsi in stato di interdizione legale o temporanea dagli uffici pubblici;
14. di non avere condanne penali passate in giudicato (anche in forma di patteggiamento o decreto penale) per reati contro la pubblica amministrazione;
15. di possedere il requisito specifico di ammissione al presente avviso, costituito dall'aver esperienze lavorative (almeno 1 anno) nell'ambito della presa in carico e della prevenzione del gioco d'azzardo patologico presso Enti/Organizzazioni/Centri accreditati della Regione Lombardia;
16. di voler ricevere ogni comunicazione al seguente indirizzo:
Via n.
c.a.p. Città Prov
telefono casa n. cellulare
17. di manifestare il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura.
Al riguardo dichiara di essere a conoscenza che:
-il titolare del trattamento dei dati personali è l'ATS della Montagna;
- i dati personali raccolti sono utilizzati, anche mediante strumenti informatici, esclusivamente per adempimenti previsti dalla normativa vigente e in relazione alle finalità del presente Avviso e potranno essere pubblicati sul sito www.ats-montagna.it esclusivamente nell'ambito dell'Elenco Pubblico cui il presente Avviso è riferito.

Allega alla domanda:

- curriculum formativo-professionale datato, firmato e autocertificato con specifica indicazione dei riferimenti di legge (artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000) e delle assunzioni di responsabilità delle dichiarazioni rese;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà relativa al possesso dei seguenti originali : attestati partecipazione corsi, attestati partecipazione docenze, attestati conseguimento Master, attestati conseguimento Borse Studio, pubblicazioni, ecc.;
- copia del documento di identità.

Data _____

Firma _____

AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA A NORMA DELL'ART. 39 DEL DPR 28.12.2000, N. 445

N.B. ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA'