Allegato 2 alla delibera n. 143 del 03 maggio 2024

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

**Alla Direzione Sanitaria**

**Al Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria**

**dell’Agenzia di Tutela della Salute della Montagna**

**OGGETTO:** Manifestazione di interesse rivolta a professionisti per l’individuazione di formatori qualificati sul gioco d’azzardo patologico per l’attivazione dei corsi di aggiornamento obbligatori rivolti ai gestori delle sale da gioco e dei locali ove sono installate apparecchiature per il gioco d’azzardo lecito.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**chiede**

di essere inserito/a nell’elenco dei formatori qualificati sul gioco d’azzardo patologico di ATS della Montagna messo a punto per le finalità in oggetto.

**A TAL FINE DICHIARA**

**󠆤** di aver conseguito

\* Laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

󠆤 di aver conseguito i seguenti titoli di studio post laurea:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Titolo** | **Data di conseguimento** | **Voto**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

󠆤 di aver prestato la propria attività professionale nell’ambito della presa in carico e della prevenzione del gioco d’azzardo patologico nell’arco del quinquennio 2019-2023 – nella cornice delle progettazioni realizzate in attuazione ai Bandi di Regione Lombardia in tema, nonché nella cornice dei Piani locali di prevenzione e contrasto al gioco d’azzardo patologico in attuazione delle D.G.R. 585/2018 e 80/2023 – presso ATS, ASST, Enti del Terzo Settore, Enti accreditati per i Servizi nell’area delle dipendenze, iscritti all’Albo regionale/provinciale operanti sul territorio di ATS della Montagna;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Periodo di riferimento** | **Ruolo** | **Ente** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

󠆤 di essere stato/a docente sul gioco d’azzardo patologico, nell’ambito dei Corsi oggetto dell’Avviso nel corso degli ultimi due anni solari del quinquennio 2019-2023, come specificato di seguito:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Tematica affrontata** | **Ente** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

󠆤 di essere iscritto/a all’Ordine:

󠆤 dei Medici di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

󠆤 degli Psicologi di\_\_\_\_\_\_\_\_in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

󠆤 degli Assistenti sociali di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

󠆤 degli Educatori professionali di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data\_\_\_\_\_\_\_

󠆤 di essere dipendente del SSN (SI NO)

󠆤 se dipendente SSN di operare in regime di esclusività (SI NO) presso l’Azienda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

󠆤 se non dipendente SSN di impegnarsi a comunicare tempestivamente ad ATS l’eventuale instaurarsi di un rapporto di lavoro con il SSN, specificando se in regime di esclusività;

**AUTOCERTIFICA**

󠆤 il contenuto della presente ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole della responsabilità penale nella quale può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR 445/2000;

Allega alla presente domanda i seguenti documenti:

󠆤 *Curriculum Vitae* (in formato europeo autocertificato ai sensi del D.P.R. 445/2000 e completo di autorizzazione al trattamento dei dati personali)

󠆤 Fotocopia di un documento di identità

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 e ai sensi dell’art. 13 GDRP 679/16 “Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali”, il/la sottoscritto/a autorizza l’ATS della Montagna al trattamento dei dati personali forniti e alla pubblicazione sul sito dell'Agenzia degli stessi, per le sole finalità individuate dalla presente manifestazione d’interesse “Manifestazione di interesse rivolta a professionisti per l’individuazione di formatori qualificati sul gioco d’azzardo patologico per l’attivazione dei corsi di aggiornamento obbligatori rivolti ai gestori delle sale da gioco e dei locali ove sono installate apparecchiature per il gioco d’azzardo lecito” ovvero per la costituzione in ogni ATS di un elenco “ formatori GAP autorizzati.

Il/La sottoscritto/a prende inoltre atto che ogni comunicazione relativa alla domanda di partecipazione alla manifestazione di interesse verrà effettuata unicamente attraverso la PEC indicata.

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