

ALLEGATO – MODULO DI DOMANDA

AL SINDACO DEL COMUNE DI SUZZARA

Ufficio Protocollo Via Montecchi, 7/b 46029 Suzzara (MN)

Oggetto: Manifestazione di interesse per la nomina a componente esterno del "Comitato Intercomunale per il Monitoraggio della Sanità Territoriale".

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ () il // ___ Residente a

_____ (____) Cap _____ Via/Piazza

_____ n. _____ Codice Fiscale

_____ Professione/Titolo

_____ Telefono

_____ E-mail _____ PEC (se posseduta)

CHIEDE

di poter partecipare alla selezione per la nomina di componente esterno del suddetto Comitato.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1. Di godere dei diritti civili e politici.
2. Di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso che impediscano la nomina presso la Pubblica Amministrazione.
3. Di possedere i requisiti previsti dall'Avviso Pubblico, in particolare (barrare le caselle pertinenti):
 - [] Comprovata esperienza e competenza nel sistema sanitario/socio-sanitario;
 - [] Residenza o attività lavorativa stabile nel territorio dei Comuni aderenti (Suzzara, Pegognaga, Gonzaga, Motteggiana, Moglia, San Benedetto Po) o zone limitrofe.
4. Di non trovarsi in situazioni di incompatibilità o conflitto di interessi con le finalità di monitoraggio del Comitato, così come specificato nell'Art. 3 dell'Avviso Pubblico.
5. Di essere a conoscenza e di accettare che l'incarico verrà svolto a titolo **completamente gratuito** e senza alcun rimborso spese.

Determinazione n. 50/SAG del 09/03/2026

ALLEGATO B – MODULO DI DOMANDA

6. Di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) per le finalità legate alla presente procedura.

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- Curriculum Vitae aggiornato, datato e firmato.
- Lettera motivazionale (facoltativa).
- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Luogo e Data _____

Firma del dichiarante (estesa e leggibile)