

FAC-SIMILE

**All'Azienda Speciale Multiservizi Senago
Piazza Tricolore 40
20030 SENAGO (MI)**

**Tel. 02/99.056.197 Fax. 02/99.48.51.20
Via PEC: asmsenago1@legalmail.it**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE NELL'ELENCO DI PROFESSIONISTI (FARMACISTI
– FISIOTERAPISTI – LOGOPEDISTI - PSICOLOGI – BIOLOGI NUTRIZIONISTI)
E INCARICHI DI COLLABORAZIONE (COMMESSI DI FARMACIA) IN
RAPPORTO DI LIBERA PROFESSIONE PER PRESTAZIONI DA SVOLGERSI
PRESSO L'AZIENDA SPECIALE MULTISERVIZI SENAGO**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

in Via _____

Telefono _____ Fax _____

Indirizzo posta elettronica _____

Indirizzo posta elettronica certificata (PEC) (*se posseduto*) _____

COD. FISC. _____ P.IVA _____

letto l'avviso pubblico del 12 marzo 2018, diretto all'iscrizione:

- nell'elenco dei professionisti _____ (*indicare se:
farmacisti, fisioterapisti, logopedisti, psicologi, biologi nutrizionisti*);
- nell'elenco dei commessi di farmacia;

come pubblicato sul sito web istituzionale dell'Azienda Speciale Multiservizi Senago,

CHIEDE

di essere iscritto/a in uno dei predetti elenchi e a tal fine è consapevole delle sanzioni penali di cui al D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 ex artt. 46 e 47 e all'art. 76 del medesimo D.P.R., sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- di essere regolarmente iscritto/a all'Albo dei _____
(*indicare se: farmacisti, fisioterapisti, logopedisti, psicologi, biologi nutrizionisti*)
di _____ dal _____

n. iscrizione all'Ordine _____;

- di avere esperienza _____ (*indicare se annuale/biennale/triennale o altro*);

- di godere dei diritti politici;
- di avere piena ed incondizionata idoneità fisica all'impiego;
- di non aver riportato condanne penali e non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimento penali;
- di non essere stato/a destituito/a o licenziato/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni;
- di essere in condizione di poter contrattare con la Pubblica Amministrazione;
- di accettare integralmente quanto stabilito nel predetto avviso pubblico del 12 marzo 2018.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali raccolti siano utilizzati dall'Azienda Speciale Multiservizi Senago per le finalità e secondo le modalità indicate nell'avviso citato.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei recapiti forniti con la presente domanda, riconoscendo che l'Amministrazione non avrà alcuna responsabilità per variazioni non comunicate tempestivamente.

(luogo e data)

Firma

Allega:

- *curriculum* professionale;
- fotocopia Carta d'identità;
- fotocopia Codice Fiscale;
- fotocopia tesserino d'iscrizione all'Albo Professionale (se previsto dalla normativa).