PROCEDIMENTO N. 20150028711

**AL SIG. DIRETTORE GENERALE**

FONDAZIONE I.R.C.C.S. POLICLINICO SAN MATTEO

VIALE GOLGI N. 19

27100 PAVIA

Il/La sottoscritto/a ………………………………………………………………..……………………………..

**CHIEDE**

di poter partecipare alla:

**PROCEDURA CONCORSUALE INTERAZIENDALE AGGREGATA TRA:**

|  |
| --- |
| **FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO DI PAVIA** **AZIENDA OSPEDALIERA PAPA GIOVANNI XXIII DI BERGAMO**  **AREU – AZIENDA REGIONALE DI EMERGENZA URGENZA DI REGIONE LOMBARDIA - MILANO** |

e di cui la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo è Azienda capofila,

per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 2 posti nel profilo di:

**OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO ESPERTO - CATEGORIA C - da assegnare a SOREU (Sala Operativa Regionale Emergenza Urgenza) AREA DELLA PIANURA presso la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia, nonché all’attività di AUTISTA SOCCORRITORE della AAT DI PAVIA, CREMONA, MANTOVA E LODI**.

A tal fine **consapevole** degli artt. 75 “*Decadenza dai benefici*” e 76 “*Norme penali*” del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 nonché dell’art. 496 “False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri” per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445:

1. che il proprio cognome è ………………………………………………………………………………;
2. che il proprio nome è ……………………………………………………………………………………;
3. di essere nato il ………………………………………………………… ……………………………….:
4. di essere nato a ………………………………………………………… ……………………………….:
5. di essere residente a …………………………………………………………..… Prov. …… Cap ………
6. Via ………………………………………………………………………………………... n. ……………
7. Telefono …………………… cellulare …………….……… e-mail ……………….……………………
8. che il proprio codice fiscale è …………………………………………………………………………;
9. ❑ di essere in possesso della cittadinanza italiana;

*oppure*:

1. ❑ di essere cittadino/a di uno Stato membro dell’Unione Europea ………………………….………….;

*ovvero*:

❑ di essere familiare di cittadino di uno Stato membro dell’Unione Europea, non avente la cittadinanza di uno Stato membro dell’Unione Europea, ma titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente ………………………………………………………………………………..........................;

*ovvero:*

❑ di essere cittadino/a di Stato terzo all’Unione Europea: ………………………….……………….….;

*in possesso:*

❑ del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;

*ovvero in possesso*:

❑ dello status di “rifugiato” o di “protezione sussidiaria”;

1. *per tutti i cittadini di Stato estero*:

❑ di possedere un’adeguata conoscenza della lingua italiana;

1. ❑ di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto messo a concorso;
2. ❑ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di ………………………………….… Prov. ……;

*ovvero*

❑ di non essere iscritto nelle liste elettorali per i seguenti motivi ………………………………………..;

*(per i cittadini di stato estero occorre dichiarare la situazione corrispondente all’ordinamento dello Stato di appartenenza) ……………………………………………………………………………………………………...........;*

1. ❑ di non avere riportato condanne penali;

*ovvero*

❑ di aver riportato le seguenti condanne penali ………………………..………….…………….……….;

1. ❑ di non essere stato sottoposto a procedimenti disciplinari e di non aver procedimenti penali pendenti;

*ovvero*

❑ di essere stato sottoposto ai seguenti procedimenti disciplinari e/o di essere stato destinatario dei seguenti procedimenti penali ……………………………………………………………………………...;

1. ❑ di non essere stato destituito o dispensato dall’impiego presso pubbliche amministrazioni;
2. di possedere il seguente titolo di studio richiesto per l’accesso al profilo: *(esatta denominazione)* …………………………………………………………………………….……… conseguito presso *(indicare in modo preciso l’Ente che l’ha rilasciato)………………………………..*……………………………… ………………….…………………………. in data *(giorno/mese/anno)* ………..…………………..………;
3. di essere in possesso dell’anzianita’ di cinque anni di esperienza professionale nel corrispondente profilo di Bs nelle Aziende o Enti del Servizio Sanitario Nazionale ovvero in profilo equipollente in altre pubbliche amministrazioni o in imprese private, in quanto alle dipendenze di …………………………………………………. dal …………… al …………….. con inquadramento nel profilo di …………………………………………………………………………………………………….. ovvero *(deve essere certificato il possesso di anzianità di servizio maturata per attività di Volontario Soccorritore Esecutore per un periodo che risulti alternativo o integrativo a quello richiesto per l’esperienza professionale nel profilo di Bs):*

di aver svolto dal ………….. al …………….. presso ………………… l’attività di Volontario Soccorritore Esecutore e allega alla presente certificazione rilasciata in data …… da ……. che attesta il contenuto dell’attività svolta e i relativi periodi di servizio;

1. di essere in possesso della certificazione regionale di soccorritore secondo D.G.R. 37434/1998 e D.G.R. 45819/1999 rilasciata dai S.S.U.Em. 118 in Regione Lombardia o analoga certificazione ottenuta in altre Regioni abilitante all’attività di Soccorritore da cui si evinca la frequenza a percorso formativo analogo e certificazione regionale DAE secondo la D.G.R. 10306/2002 in Regione Lombardia o analoga certificazione ottenuta in altra Regione abilitante all’uso del DAE, se non ricompresa nella certificazione precedente (rilasciata in data non anteriore ad anni due dalla data di scadenza del presente bando):

Esatta dicitura della certificazione posseduta “…………………………………………………………………………………………………….....”

rilasciata da ………………………………………………….…………… di ………………………, numero delle ore del corso frequentato …………… conseguita il ……………………………. ;

1. di essere in possesso di certificazione (rilasciata in data non anteriore ad anni due dalla data di scadenza del presente bando) abilitante all’uso del DAE di cui alla D.G.R. 10306/2002 di Regione Lombardia o analoga certificazione (rilasciata in data non anteriore ad anni due dalla data di scadenza del presente bando) ottenuta in altra Regione, se non ricompresa nella certificazione di Soccorritore. Esatta dicitura della certificazione posseduta “…………………………………………………………………………...” rilasciata da……………………………………………………………… di …………………………….., in data …………………………;
2. ❑ di aver prestato i seguenti servizi presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni: ………….*………………………………………… (in caso di risoluzione del rapporto indicare i motivi)*

*ovvero:*

❑ di non aver prestato i seguenti servizi presso alcuna Pubblica Amministrazione;

1. *(per i candidati di sesso maschile nati prima del 31/12/1985)* di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione: ❑ assolto ❑ riformato ❑ esonerato ❑ con servizio svolto dal ..../..../.... al ..../..../…. in qualità di *(indicare grado/qualifica)* …………………………………………………………...
2. ❑ di avere titolo alla riserva ai sensi della Legge 12/03/1999, n. 68, in quanto appartenente alle categorie protette in qualità di :

* disabile *(specificare disabilità e relativa percentuale)* ……….………………..………………………;
* altra categoria protetta (specificare ) ……………………………………………………………………;

*oppure:*

❑ di non avere diritto alla riserva ai sensi della Legge 12/03/1999, n. 68;

1. ❑ di avere diritto alla riserva ai sensi del D.Lgs. n. 66/2010 art.1014 in quanto volontario delle FF. AA, in quanto ❑ VFB DI ANNI …. ; ❑ VFP 1; ❑ VFP 4; ❑ UFFICIALE DI COMPLEMENTO IN FERMA BIENNALE; ❑ UFFICIALE DI COMPLEMENTO IN FERMA PREFISSATA *per servizio prestato presso (specificare) …………………………………………………………………………………………….;*

❑ di non avere diritto alla riserva ai sensi del D.Lgs. n. 66/2010 art.1014;

1. ❑ di avere diritto a riserva in quanto (*specificare con riferimento alle riserve elencate all’art. 2 del bando, se trattasi di riserva diversa da riserve descritte ai precedenti punti 23 e 24) ……………………………………*

………………………………………………………………………………………………………………….

*ovvero*

❑ di non avere diritto ad alcuna riserva;

1. di richiedere il seguente ausilio per sostenere le prove previste dal concorso in quanto portatore di handicap ai sensi dell’art. 20 della legge n. 104/92;
2. di voler effettuare la prova di conoscenza della lingua straniera ❑ in inglese *oppure* ❑ in francese *oppure* ❑ in spagnolo
3. di esprimere l’eventuale preferenza non vincolante di assegnazione ai fini dell’assunzione per la seguente Azienda partecipante alla procedura aggregata:

❑ Fondazione IRCCS Policlinico “San Matteo”di Pavia, *oppure*

❑ A.O. Papa Giovanni XXIII di Bergamo, *oppure*

❑ Azienda Regionale Emergenza Urgenza di Regione Lombardia, Milano;

1. di accettare la partecipazione alla presente procedura concorsuale aggregata, pena l’esclusione dal concorso;
2. di accettare tutte le condizioni previste dal bando, pena l’esclusione dal concorso.

Il/La sottoscritto/a **ALLEGA**, come prescritto dal bando di concorso pubblico, **MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE – DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**,che costituisce parte integrante e sostanziale della presente domanda,compilata in merito a:

* requisiti specifici
* titoli di carriera
* titoli di studio e accademici
* pubblicazioni e titoli scientifici
* eventi formativi
* docenze / attività didattiche
* altre attività

e che risulta composto da n. ……………… fogli

Il/La sottoscritto/a **ALLEGA inoltre:**

* il curriculum formativo e professionale, redatto in carta semplice, datato e firmato,
* elenco dei documenti e titoli presentati,
* fotocopia di un valido documento d’identità,
* la ricevuta comprovante l’avvenuto pagamento della tassa di concorso, non rimborsabile, di € 15,00=;

CHIEDE che ogni comunicazione relativa al presente concorso sia fatta al seguente indirizzo:

Cognome e nome …………………………………………………………………………….……………………

Via ……………………………………...…………………………………..……...…… n. ………………………

del Comune di ……………………………………………………………………….....Prov. ……………………..

cap ………….… telefono ………………………….…… cellulare ………..………………………………..……..

e-mail ……………………………………………………….………………………..

e si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali successive variazioni.

Fermo restando che l’invio della presente domanda tramite PEC equivale automaticamente a elezione di domicilio informatico ad ogni effetto.

**ESPRIME** il proprio consenso, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione per tutte le fasi del procedimento concorsuale e per qualsiasi eventuale ulteriore adempimento richiesto per legge alla Fondazione.

Luogo …………………….................... Data, ……………………….

Firma ………………………………………..…………

**Informativa per il trattamento dei dati personali (art.13 D.lgs. 196/03)**

La Fondazione IRCCS Policlinico S.Matteo di Pavia in qualità di Titolare del trattamento, ai sensi dell’art 13 del D.lgs n.196 del 30/06/03, La informa che i dati personali (\*) e sensibili (\*\*) acquisiti saranno utilizzati per le finalità inerenti l’espletamento delle procedure concorsuali/selettive. Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti manuali, informatici e telematici, comunque idonei a garantire la sicurezza e riservatezza dei dati stessi, ad opera di incaricati della Fondazione appositamente autorizzati, nel rispetto dell’ambito del trattamento stabilito in relazione alle proprie mansioni. I dati personali relativi alla graduatoria ( nominativo, posizione, punteggio) per la costituzione dell’eventuale rapporto di lavoro a tempo indeterminato, così come previsto da normative vigenti, saranno oggetto di diffusione mediante pubblicazione sull’Albo on-line della Fondazione. Il Titolare del Trattamento è la Fondazione IRCCS Policlinico S.Matteo di Pavia con sede legale in V. le Golgi, 19, 27100 Pavia. I candidati partecipanti interessati al trattamento, potranno rivolgersi al Responsabile del Trattamento, nella figura del Responsabile della .S.C. Gestione Risorse Umane Fondazione IRCCS Policlinico S.Matteo di Pavia, per far valere i Suoi diritti, previsti dall’art. 7 del Codice, tra i quali, in particolare, a titolo esemplificativo, il diritto di ottenere l’aggiornamento, la rettifica, ovvero, qualora vi abbia interesse, l’integrazione dei dati.

*(\*) Per dato personale si intende qualunque informazione relativa a persona fisica, persona giuridica, ente od associazione identificati o identificabili, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale.*

*(\*\*) Per dati sensibili si intendono “i dati personali idonei a rivelare l’origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l’adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale” (lett. d, comma 1, art.4 del Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali).*

**P. 20150028711**

**AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI E TITOLI POSSEDUTI**

**Allegato**, parte integrante e sostanziale, alla domanda di partecipazione al concorso pubblico P-20150028711*( Procedura interaziendale aggregata tra Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia, AREU Lombardia di Milano e A.O. Papa Giovanni XXIII di Bergamo)* per la copertura a tempo indeterminato di n. 2 posti nel profilo di: **OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO ESPERTO- CATEGORIA C - da assegnare a SOREU (Sala Operativa Regionale Emergenza Urgenza) AREA DELLA PIANURA presso la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia, nonché all’attività di AUTISTA SOCCORRITORE della AAT DI PAVIA, CREMONA, MANTOVA E LODI**:

**Il sottoscritto/a** …………………………………………………………………………………………………………

nato/a a …………………………………………………….…………… il …………………………………………...

residente a …………………………………………………… in via …………………………………………...

* consapevole che la Fondazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati,
* consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

# *DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445*

1. **di possedere i seguenti requisiti specifici di ammissione**:

|  |  |
| --- | --- |
| **TITOLO DI STUDIO** | **Diploma di licenzia media** …………………………………………………  conseguito in data .………………………presso ……………  ……………………………………………………………...……….  ………………………………………...……………………………  Nel caso in cui il titolo di studio sia stato conseguito all’estero indicare gli estremi del provvedimento ministeriale di riconoscimento di equipollenza al corrispondente titolo di studio italiano:  …………………………..……………………………………………  ……………………………………………………………………… |
| **CINQUE ANNI DI ESPERIENZA PROFESSIONALE NEL CORRISPONDENTE PROFILO DI BS NELLE AZIENDE O ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE OVVERO IN PROFILO EQUIPOLLENTE IN ALTRE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI O IN IMPRESE PRIVATE** | **svolti presso**: *( indicare denominazione ente, indirizzo sede)*  ………………………………………………….……………………….  dal ……………………. al ………………  con il seguente profilo professionale ………………………………….  Categoria ……………; livello funzionale: …………  Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro applicato: …………………………………………………………………………. |
| **Ovvero** *(da compilare solo nel caso in cui il requisito di cui sopra non sia posseduto o sia parzialmente posseduto)* di **attività svolta per almeno un quinquennio in qualità di Volontario Soccorritore Esecutore** *presso Enti o Associazioni del settore del soccorso sanitario: l’attività di volontario verrà considerata esclusivamente a fronte di documentazione rilasciata dai predetti enti o associazioni che attestino il contenuto dell’attività svolta e i relativi periodi di servizio.* | dal ……………………. al ………………  descrizione attività ………………………………………………..…….  Ente e indirizzo della Sede dell’Ente ……………..………………..  ……………………………………………………………………………….    E ALLEGA, COME RICHIESTO DAL BANDO,CERTIFICAZIONE RILASCIATA DALL’ENTE PRESSO CUI È STATA SVOLTA L’ATTIVITA’ SOPRA DICHIARATA. |
| **POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE DI SOCCORRITORE RILASCIATA DAI S.S.U.EM. 118 DI REGIONE LOMBARDIA, SECONDO LA D.G.R. 37434/1998 E LA D.G.R. 45819/1999 O CERTIFICAZIONE OTTENUTA IN ALTRE REGIONI ABILITANTE ALL’ATTIVITÀ DI SOCCORRITORE, DA CUI SI EVINCA LA FREQUENZA A PERCORSO FORMATIVO ANALOGO** | Esatta dicitura della certificazione posseduta  “…………………………………………………………………………...”  rilasciata da………………………………………………………………  di ……………………………..,    numero delle ore del corso frequentato ………………………  conseguita il ……………………………. |
| **POSSESSO DI CERTIFICAZIONE (RILASCIATA IN DATA NON ANTERIORE AD ANNI DUE DALLA DATA DI SCADENZA DEL PRESENTE BANDO) ABILITANTE ALL’USO DEL DAE DI CUI ALLA D.G.R. 10306/2002 DI REGIONE LOMBARDIA O ANALOGA CERTIFICAZIONE (RILASCIATA IN DATA NON ANTERIORE AD ANNI DUE DALLA DATA DI SCADENZA DEL PRESENTE BANDO) OTTENUTA IN ALTRA REGIONE, SE NON RICOMPRESA NELLA CERTIFICAZIONE DI SOCCORRITORE.** | Esatta dicitura della certificazione posseduta  “…………………………………………………………………………...”  rilasciata da………………………………………………………………  di …………………………….., conseguita il …………………………  valida fino al ………………………….. |
| **POSSESSO PATENTE DI GUIDA “B”** | Rilasciata da…………………………………………………….………..  in data ……………………………………………………………………  Credito attuale punti patente ……………………………………………… |

1. **di essere in possesso dei seguenti titoli**:

|  |  |
| --- | --- |
| **TITOLI DI CARRIERA**  Servizi esclusivamente svolti in qualità di **dipendente** di Enti del SSN o Case di cura private solo se convenzionate o accreditate ovvero in quantità di **dipendente** di altre Pubbliche Amministrazioni nel profilo messo a bando ovvero in profili corrispondenti o di livello immediatamente inferiore. Si precisa che il servizio prestato all’estero non può essere autocertificato, a meno che lo stesso risulti trascritto in pubblici registri in Italia.   * *Compilare il seguente schema per ciascun titolo di carriera che si vuole elencare* | |
| Azienda / Ente |  |
| Indirizzo Azienda / Ente |  |
| Profilo (qualifica) professionale ricoperto |  |
| Data assunzione |  |
| Data di cessazione (ovvero indicare se tuttora in corso) |  |
| Causa di risoluzione del rapporto di lavoro |  |
| n° ore settimanali (tempo pieno/part-time con relativa percentuale) |  |
| Interruzioni (aspettative, sospensioni, ecc….) (\*) |  |

(\*) Indicare se ricorrono o meno le condizioni di cui all’ultimo comma dell’art. 46 del D.P.R. 761/79.

|  |
| --- |
| **TITOLI DI STUDIO E TITOLI ACCADEMICI – Indicare ulteriori titoli di studio o accademici posseduti oltre a quello già indicato quale requisito di ammissione**   * *Compilare il seguente schema per ciascun titolo di studio che si vuole elencare* |
| Diploma di ………………………………………………….............…….……………………………..………………………  conseguito presso ………………………………..………………………………………….. in data …………………………. |

|  |
| --- |
| **PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI** Elencare, numerando progressivamente, i singoli titoli degli articoli o pubblicazioni e gli estremi della rivista, da allegare per esteso, o in originale o in copia conforme. La numerazione delle singole pubblicazioni allegate deve corrispondere alla numerazione dell’elenco compilato qui si seguito.   * *Compilare il seguente schema per ciascuna pubblicazione che si vuole elencare* |
| Pubblicazione n. ………….  Tipo di pubblicazione (indicare se libro, abstract, poster) ……………………………..…………………………………………  Titolo della pubblicazione …………………………………………………………………………………………...……………  Indicare se autore o coautore ……………………………………………………………………………………………………...  Pubblicato da (indicare nome rivista o Casa Editrice) ….………………………………………………………………………...  Anno di pubblicazione ……………………… Riproduzione per intero/per estratto, da pag. ………………a pag. ……………  Vedi **allegato n. …………** ❑ originale *oppure* ❑ copia conforme all’originale |

|  |  |
| --- | --- |
| **EVENTI FORMATIVI**  Inserire dettagliatamente l’elenco dei corsi formativi professionali o di aggiornamento attinenti, specificando se seguiti da esame finale, nonché corsi di lingua straniera o di informatica   * *Compilare il seguente schema per ciascun corso che si vuole elencare* | |
| Evento formativo (indicare se master, convegno, congresso, seminario, workshop) |  |
| Titolo evento |  |
| In qualità di (relatore/partecipante) |  |
| Organizzato da (denominazione completa e indirizzo dell’ente/società organizzatrice) |  |
| Sede evento |  |
| Data svolgimento evento |  |
| Per complessivi giorni ……………………………...  per complessive ore ………………………………... |  |
| Indicare n° crediti ECM (a fronte di *verifica* finale ECM) |  |
| Specificare se *CON esame finale* (NON ECM) |  |
| ❑ Trattasi di attività svoltasi non presso Enti pubblici: si allega copia fotostatica dell’attestazione riferita all’attività svolta, sottoscritta sul retro, composta di n. ……… pagine e contrassegnata con il numero |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DOCENZE /ATTIVITÀ DIDATTICHE**:  * *Compilare il seguente schema per ciascuna docenza/attività didattica che si vuole elencare* | |
| Tipo di docenza/attività didattica |  |
| Titolo corso |  |
| Organizzato da (denominazione completa e indirizzo dell’ente/società organizzatrice) |  |
| Destinatari del corso |  |
| In data (data svolgimento corso) |  |
| Per complessivi giorni ……………………………… per complessive ore …………………………………. |  |
| ❑ Trattasi di attività svoltasi non presso Enti pubblici: si allega copia fotostatica dell’attestazione riferita all’attività svolta, sottoscritta sul retro, composta di n. …….. pagine e contrassegnata con il numero |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Servizi prestati presso Aziende Private Non accreditate o Non convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e altre attività professionali attinenti al posto messo a bando, non collocabili tra i titoli di carriera**  *Compilare il seguente schema per ciascuna attività che si vuole elencare.* | |
| Azienda / Ente |  |
| Indirizzo Azienda / Ente |  |
| Profilo (qualifica) ricoperto |  |
| Data di inizio prestazione (dal…..) |  |
| Data di fine prestazione (ovvero indicare se in corso) (al…..) |  |
| Natura giuridica del contratto **(°)** |  |
| n° ore settimanali (tempo pieno/part-time con relativa percentuale) |  |
| Interruzioni (aspettative, sospensioni, ecc….) |  |

**(°) Indicare se dipendente, co.co.pro, co.co.co, di somministrazione lavoro, interinale, libero professionale, socio lavoratore, ecc.**

|  |
| --- |
| **Ulteriori informazioni che i candidati ritengano opportuno indicare ai fini della valutazione dei titoli** |
| ………………………………………………………………………………………………………….......................................  ………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………..…………  ………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………….. |

Luogo e data……………………………………..,

Letto, confermato e sottoscritto **IL DICHIARANTE ( firma )** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(N.B. ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO D’IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ)