

Alla Direzione Regionale Calabria

### **DICHIARAZIONE DISPONIBILITÀ**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_;

### **CHIEDE**

di partecipare all'avviso per il conferimento di incarichi di specialista ambulatoriale per la  
BRANCA di \_\_\_\_\_ presso il CDPR di Lamezia Terme per nr. \_\_\_\_\_ ore  
settimanali.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per  
dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

1. di essere:

cittadino/a italiano/a

cittadino/a dello Stato UE: \_\_\_\_\_

2. di godere dei diritti civili e politici;

3. di essere in possesso dei seguenti titoli:

- Laurea in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

- Specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
presso l'Università di \_\_\_\_\_

4. di essere iscritto/a all'Albo professionale \_\_\_\_\_ della  
Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

5. di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 2 ACN del 07/02/2024

ovvero

di impegnarsi a rimuovere la seguente situazione di incompatibilità \_\_\_\_\_ prima del conferimento dell'incarico.

Il sottoscritto, altresì:

- autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR 2016/679 nonché della normativa interna in materia di privacy.

Allega documento di identità in corso di validità e Curriculum Vitae in formato europeo

Data \_\_/ \_\_/ \_\_\_\_/

Firma\_\_\_\_\_