

Al Direttore Generale
di ATS Insubria
Via Ottorino Rossi, 9
21100 VARESE

Il/La sottoscritto/a nato/a a
il residente a
in via n c.a.p.
Codice Fiscale:

in adesione all'avviso pubblico volto alla creazione di un elenco di volontari disponibili a prestare attività finalizzate all'attuazione del piano di somministrazione dei vaccini presso le ASST facenti parte del territorio di competenza di ATS Insubria (ASST Sette Laghi – ASST Lariana – ASST Valle Olona)

**PRESENTA ISTANZA COME VOLONTARIO A SUPPORTO DELLA CAMPAGNA
VACCINALE ANTI SARS- COV-2**

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara:

1. di essere cittadino italiano/a
oppure
 di appartenere alla Unione europea, cittadino di.....;
 di non appartenere alla Unione europea, cittadino di in
possesso di permesso di soggiorno in corso di validita'.....;
2. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di;
oppure
 di non essere iscritto nelle liste elettorali per i seguenti
motivi:.....;
3. di non aver subito condanne penali
oppure
 di aver riportato le seguenti condanne penali
4. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali, in
Italia e/o all'estero;

5. di essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali, in Italia e/o all'estero:
6. di essere in possesso del seguente titolo di studio conseguito presso in data ;
 di essere in possesso del seguente titolo di studio conseguito all'estero presso in data e riconosciuto in data con Decreto n. ;
7. di essere in possesso della specializzazione in conseguita presso il
8. di essere iscritto/a nell'Albo Professionale dei della Provincia di dal al n°
9. di non essere stato destituito da impiego presso una Pubblica Amministrazione;
oppure
 di essere stato destituito da impiego presso una Pubblica Amministrazione per i seguenti motivi:
10. di lavorare presso la seguente azienda/ente sanitario: in qualità di
11. di svolgere la seguente altra attività lavorativa
12. Di essere collocato in quiescenza dal
13. di esprimere **preferenza** per le seguenti ASST (è possibile scegliere una o più ASST)

ENTE	INDICARE SI o NO
ASST Lariana	
ASST Sette Laghi	
ASST Valle Olona	

14. di offrire **disponibilità**
- per il periodo da a (mesi)

- articolando la presenza settimanale nei giorni sotto indicati (contrassegnare i giorni):

Lunedì	
Martedì	
Mercoledì	
Giovedì	
Venerdì	
Sabato	
Domenica	

15. di eleggere il seguente domicilio quale indirizzo presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni comunicazione inerente il presente avviso, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ed esonerando l'ATS da qualsiasi responsabilità in caso di propria irreperibilità:

presso.....
Via/piazza.....n.....c.a.p.....
Città.....Provincia.....
telefono n.Cellulare
Mail

16. di manifestare il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003 e ai sensi dell'art 13 del GDPR (Reg. UE 679/2016), per gli adempimenti connessi alla presente procedura. Il sottoscritto allega alla domanda documento d'identità in corso di validità.

Data Firma

N.B.: Fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, qualora dal controllo di cui all'art. 71 del medesimo decreto emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

N.B. Allegare fotocopia documento identità.