

**SPETT.LE
COMUNE DI PALMARIGGI**

Il sottoscritto/a, nato/a a
il C.F. residente in
..... alla Via
recapito telefonico:
mail:

con qualifica professionale di (barrare solo la/le qualifica/che posseduta/e):

- OSS (Operatori socio sanitari)
- OSA (Operatori socio assistenziali)
- Fisioterapisti
- Infermieri specializzati

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

MANIFESTA

La propria disponibilità ad essere inserito/a nell'elenco di professionisti in ambito sanitario disposti a prestare assistenza domiciliare e supporto alla persona, in regime privatistico, di qualsiasi tipo, alle fasce più deboli della popolazione residente nel Comune di Palmariggi.

Luogo e data

Firma

Si allega:

- copia documento di identità in corso di validità del dichiarante
- CV attestante l'esperienza professionale acquisita