

“Allegato A”– Istanza manifestazione interesse

Spett.le AZIENDA per la TUTELA della SALUTE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ATS – ASSL SANLURI

**SC ATS - PROMOZIONE, EDUCAZIONE E
COMUNICAZIONE PER LA SALUTE – ASSL SANLURI**

VIA UNGARETTI, 9 - 09025 SANLURI (SU)

PEC:dir.dip.prevenzione@aslsanluri.it

Oggetto: “MANIFESTAZIONE D’INTERESSE PER LA PARTECIPAZIONE AL PERCORSO FORMATIVO DI CUI AL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE (PRP) -PROGRAMMA 1.3 - AZIONE P-1.3.3 - “SVILUPPO DI PROGRAMMI DI PROMOZIONE E PRESCRIZIONE DELL’ESERCIZIO FISICO IN PERSONE CON PATOLOGIE CRONICHE”.

Il/la sottoscritto/a

Nato/a il..... aProv.....

Residente in..... Prov.

in Via/P.zzan..... CAP.....;

in caso di non corrispondenza con il luogo di residenza, ai fini della presente manifestazione di interesse, indicare il proprio domicilio:

Domiciliato in:Prov.....

in Via/P.zzan..... CAP.....;

Codice Fiscale n.

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

“PER LA PARTECIPAZIONE AL PERCORSO FORMATIVO DI CUI AL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE (PRP) -PROGRAMMA 1.3 - AZIONE P-1.3.3 - “SVILUPPO DI PROGRAMMI DI PROMOZIONE E PRESCRIZIONE DELL’ESERCIZIO FISICO IN PERSONE CON PATOLOGIE CRONICHE”.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46, 47 e 48 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del citato D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

Di essere in possesso del seguente titolo di studio

....., conseguito presso l’Università degli studi di

.....in data/...../..... ;

Di essere in possesso, inoltre, del seguente titolo di studio
....., conseguito presso l'Università degli studi di
.....in data/...../..... ;

E DICHIARA ALTRESÌ

- di aver preso visione e di accettare tutte le condizioni contenute nell'Avviso ATS – ASL Sanluri relativo all'oggetto ;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui al titolo III capo I del D.lgs. 196/2003 e ss.mm.ii., i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per gli eventuali procedimenti amministrativi conseguenti;
- che le comunicazioni destinate al sottoscritto _____ dovranno essere trasmesse al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC):

- ovvero, al seguente indirizzo: Dr. _____ Via/P.zza _____, n _____ CAP _____ località _____ Prov. ()

Data: ____/____/2018

(Firma)

N.B.: La presente dichiarazione, rilasciata anche ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, deve essere prodotta unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del predetto decreto