**DOMANDA PER L'ISCRIZIONE NELL’ELENCO DEI SOGGETTI DISPONIBILI, IN FORMA INDIVIDUALE O ASSOCIATA, A PRESTARE GRATUITAMENTE PRESTAZIONI PROFESSIONALI PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO Dl SOMMINISTRAZIONE DEI VACCINI ANTI-SARS-COV-2 0 ALTRE ATTIVITA' Dl SUPPORTO ALLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE DELLA REGIONE PIEMONTE NEL PERIODO Dl EMERGENZA COVID.**

Il/La sottoscritto/a Rappresentante dell'Associazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede di essere iscritto nell’elenco di personale volontario disponibile a:

🞏 integrare l'organico dei punti vaccinali aziendali.

🞏 prestare la seguente attività di supporto

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PROFESSIONE Dl APPARTENENZA DEL PERSONALE VOLONTARIO.**

🞏 MEDICO (n. ) 

🞏 INFERMIERE (n. ) 

🞏 ASSISTENTE SANITARIO (n. )

🞏 ALTRO PERSONALE (specificare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**EVENTUALI BENI MESSI A DISPOSIZIONE (LOCALI, VEICOLI ECC.)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii. il volontario/il rappresentante dell’Associazione dichiara sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dalle vigenti disposizioni in caso di dichiarazioni non veritiere:

* di essere in possesso (o che i volontari associati sono in possesso) dei requisiti prescritti dall’avviso e precisamente:

titolo di studio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nell’anno\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscrizione all'Ordine Professionale/albo Professionale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

requisiti diversi:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’ASL “VC” effettuerà i controlli in merito al possesso dei requisiti previsti dall'avviso in relazione alle prestazioni richieste.

**Riferimenti del volontario o dell'Associazione:**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME COGNOME VOLONTARIO  DENOMINAZIONE ASSOCIAZIONE |  |
| INDIRIZZO |  |
| TELEFONO/CELLULARE |  |
| INDIRIZZO MAIL |  |
| INDIRIZZO PEC |  |