Allegato A) –

Spett.le Scuola Quadri

Anaao Assomed

Via Scarlatti, 27 20124 Milano

[scuolaquadri@anaao.it](mailto:scuolaquadri@anaao.it)

[segreteria@cert.fondazionepietropaci.it](mailto:segreteria@cert.fondazionepietropaci.it)

[p.leoni@anaao.postecert.it](mailto:p.leoni@anaao.postecert.it)

**Oggetto**: domanda di inserimento nella short list di professionisti, finalizzato al conferimento di incarichi di docenze della Scuola Quadri Anaao Assomed

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_visto l’avviso di manifestazione di interesse pubblicato sul sito Anaao Assomed di cui all’oggetto

**CHIEDE**

**Di essere ammesso/a partecipare all’avviso medesimo.**

A tal fine, ai sensi e per gli effetti dell'art. 45 e 46 D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci di cui all’art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000, dichiara sotto la propria personale responsabilità, quanto segue:

* di chiamarsi…………………………………………………………………………………………………………….
* di essere nato/a a……………………………………………..…il……………………………………………….
* Codice fiscale……………………………………………………………………………………………………………
* Di essere residente a………………………………………, Prov…………..C.A.P………….in Via…………………..…………… n. …..cell………………………indirizzo email………………………………………..
* di essere cittadino/a italiano (ovvero cittadino/a di uno degli Stati membri dell'Unione Europea ovvero cittadino/a di uno degli Stati non comunitari e possesso di permesso di soggiorno in regola con la normativa vigente e in corso di validità, nonché, fatta eccezione della titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini della Repubblica e di conoscenza adeguata della lingua italiana);
* di possedere laurea in discipline area ……………………………………….(*indicare area medico sanitaria, area giuridica, area economica e scienze della politica, area della comunicazione, area della formazione);*
* di possedere esperienze di docenze presso………………………… *(indicare Università, Pubbliche Amministrazioni, Enti di formazione, pubblici e privati)*
* di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per persistente insufficiente rendimento, ovvero di non essere stato dichiarato decaduto da un impiego pubblico e di non essere stato licenziato per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi e comunque con mezzi fraudolenti;
* di non aver indagini penali pendenti a proprio carico;
* di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di:
  + misure di sicurezza;
  + misure di polizia;
  + misure di prevenzione;
  + misure cautelari;
  + misure interdittive;
  + misure restrittive della libertà personale;
  + decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
* di non aver procedimenti disciplinari in corso o esecutati nei rispettivi albi professionali;
* di riconoscere ed accettare che l'inserimento nell’albo dei docenti di Scuola Quadri non comporta alcun diritto ad essere affidatari di incarichi da parte dell’Anaao Assomed;
* di non trovarsi in posizioni di conflitto di interessi con l’Anaao Assomed;
* di non assistere, difendere e/o rappresentare clienti in controversie (giudiziali e/o stragiudiziali) in essere contro l’Anaao Assomed ovvero di rinunciare, al momento del conferimento dell'eventuale incarico, a proseguire nella predetta attività professionale per tutta la durata di iscrizione nell'elenco;
* di accettare il compenso, così come determinato dall’Anaao Assomed, al momento del conferimento dell'incarico;
* di accettare espressamente e senza alcuna riserva tutte le condizioni indicate nel presente avviso;
* di specificare in quali aree di competenza della short list essere collocato: politiche contrattuali - area Sanità e pubblico impiego, politiche sanitarie, diritto del lavoro, diritto amministrativo.

*Alla presente allega*

* copia di un documento di identità in corso di validità,
* codice fiscale
* curriculum formativo e professionale redatto in formato europeo certificato sottoscritto dal professionista sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/00

LUOGO E DATA

FIRMA AUTOGRAFA