

**Allegato A****ISTANZA DI ISCRIZIONE NELL'ELENCO INFERNIERI AT DI AMOS S.C.R.L. – PRELIEVI TERRITORIALI -**

Il sottoscritto _____
nato a _____
il _____, residente in _____
Via _____ n. _____
tel. _____ fax _____
e-mail _____ pec¹ _____
C.F. _____ P.IVA² _____
titolo di studio (laurea o equipollenti) _____
conseguito presso _____ alla data del _____
in qualità di: Libero professionista
 Titolare dello studio associato, associazione di professionisti o società tra professionisti _____ i cui componenti sono _____
studioassociato/associazionediprofessionisti/societàtraprofessionistiin_____
Via _____ n. _____
tel. _____ fax _____
e-mail _____ pec _____
 in nome e per conto proprio _____
 in nome e per conto proprio e dello studio associato/associazione di professionisti/società tra professionisti _____

Fa istanza

di iscrizione nell'Elenco Infermieri AT – Prelievi Territoriali - di AMOS S.C.R.L. per il conferimento di incarichi per l'espletamento dell'attività di assistenza infermieristica c/o il servizio prelievi territoriali e del P.O. Cardinal Massaia di Asti, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i., e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. citato per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Dichiara

¹ Se non in possesso della pec è necessario presentare una dichiarazione nella quale si comunica la propria disponibilità a provvedere alla stessa nel caso del conferimento dell'incarico e che dovrà essere, tempestivamente comunicata alla Stazione Appaltante.

² Se non in possesso della p.iva è necessario presentare una dichiarazione nella quale si comunica la propria disponibilità a provvedere alla stessa nel caso del conferimento dell'incarico e che dovrà essere, tempestivamente comunicata alla Stazione Appaltante.



- di aver preso visione dell'Avviso relativo alla manifestazione di interesse per l'inserimento in Elenco Infermieri AT – Prelievi Territoriali - pubblicato in forma integrale sul sito ufficiale di AMOS S.C.R.L. ;
- di essere iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di _____ al n. _____ dal _____;
- di essere in possesso della patente di guida di categoria B;
- di non trovarsi in stato di incompatibilità AMOS S.C.R.L. né avere cause ostative a contrarre con la P.A.;
- di non essere risultato destinatario di una sentenza di condanna, con sentenza passata in giudicato ovvero con sentenza di applicazione della pena su richiesta formulata ai sensi dell'art. 444 c.p.p. per qualsiasi reato che incida sulla moralità professionale o per i delitti finanziari o partecipazione ad organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio di proventi da attività illecita;
- di non aver commesso errore grave, accertato con qualsiasi mezzo di prova, nell'esercizio della propria attività;
- di non aver subito sanzioni disciplinari dall'Ordine di appartenenza in relazione all'esercizio della propria attività professionale;
- di non essersi reso gravemente colpevole di false dichiarazioni;
- di non trovarsi nelle condizioni di esclusione previste di cui al Decreto Legislativo n. 159 del 6 settembre 2011 e s.m.i. (c.d. normativa antimafia);
- di essere a piena conoscenza ed accettare che l'iscrizione nell'Elenco Infermieri AT – Prelievi Territoriali - di AMOS S.C.R.L. non comporta alcun diritto ad essere affidatario di incarico da parte di AMOS S.C.R.L.;
- di essere disponibile ad accettare incarichi da parte di AMOS S.C.R.L.

Si allegano:

- Copia documento d'identità in corso di validità;
- *Curriculum/curricula vitae*.
- In caso di Studi Associati/ associazione di professionisti o società tra professionisti breve relazione sull'attività dello studio stesso allegando i curricula vitae, redatti e sottoscritti nei termini sopra indicati da ogni singolo professionista associato, lo Statuto e la documentazione attestante l'avvenuta associazione del professionista che si intende candidare.

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR n. 2016/679 e del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003

Data

Firma Professionista/Titolare Studio Associato/Associazione
di Professionisti/Società tra Professionisti