**ALLEGATOA–Manifestazione di interesse**

Spett.le

Agenzia Area Nolana S.c.p.A.

Via Trivice D’Ossa, 28

80030 Camposano (NA)

**PEC:** **agenziaareanolana@pec.it**

**OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER TITOLI E COLLOQUIO PER LA SELEZIONE DI UN ESPERTO IN PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA A SUPPORTO DELL’UFFICIO DI PIANO DELL’AMBITO N23**

**AUTOCERTIFICAZIONE**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_natoa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, P.IVA. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_fax pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevoledella responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazionimendaci,ancheaisensieperglieffettidell’art.76D.P.R.n.445/2000,nonchéincasodiesibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità delcontenutodellapresentedichiarazioneilsottoscrittoredecadràdaibeneficiedalleautorizzazioniperlequali la stessa dichiarazione è stata rilasciata, ai sensi dell’art.75 del D.P.R. n.445/2000

**ESPRIME MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

perlaprocedurainoggetto,

**E DICHIARA**

* di averepreso visione di quanto disposto dall’art. 3 della Legge 136/2010 e di assumersi gli obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari;
* diessereinformato,aisensieperglieffettidicuiall’articolo13delD.Lgs.196/2003,cheidatipersonali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
* Di essere in possesso dei requisiti di partecipazione previsti all’art. 4 dell’avviso pubblico.

**Il/Lasottoscritto/asiimpegnaallatempestiva comunicazionediognipossibilevariazionedeidatisopraesposti, consapevolechetuttiidatisudichiaratirestanovalidi durantetuttalaproceduradigaraefinoaquandonon viene resa una nuova dichiarazione.**

DATA//

**Allega alla presente**

1. **Documento di identità**
2. **CurriculumVitae specifico del candidato con l’evidenziazione delle competenze ed esperienze maturate nel settore della Programmazione socio sanitaria;**
3. **ogni altra documentazione comprovante titoli ed esperienze professionali.**

ILDICHIARANTE

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

***(Firmaperestesoe leggibiledeldichiarante)***

**PERESSERECONSIDERATAVALIDA,LAPRESENTEDICHIARAZIONEDEVEESSEREACCOMPAGNATADACOPIAFOTOSTATICA DIUNDOCUMENTOD’IDENTITÀDELDICHIARANTE,INCORSODIVALIDITÀ.**

**QUALORALAPRESENTEDICHIARAZIONEVENGAFIRMATADIGITALMENTE,NONÈNECESSARIOALLEGAREIL DOCUMENTOD’IDENTITÀ.**