

DOMANDA DI ADESIONE
alla Rete Civica della Salute della Regione Siciliana come "Riferimento Civico della Salute"

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
 il _____ codice fiscale _____ residente in _____
 Via _____ cap _____
 domiciliato a (compilare se diverso dal luogo di residenza) _____ in via _____ cap _____

1

in riferimento all'avviso pubblico (*indicare estremi dell'avviso*),

chiede

di aderire come Riferimento Civico della Salute alla Rete Civica della Salute della Regione Siciliana.

A tal fine dichiara, ai sensi e per effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, consapevole delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del citato D.P.R. per il caso di falsità in atti o dichiarazioni mendaci:

- a) di essere cittadino _____;
- b) di essere abile all'uso dei sistemi di comunicazione informatizzata (posta elettronica, network);
- c) di non trovarsi in conflitto di interesse, di carattere personale o professionale, con il Servizio Sanitario Regionale, con l'Azienda _____ e con l'Assessorato Regionale della Salute, e di impegnarsi a recedere dal ruolo di Riferimento Civico della Salute in caso di sopravvenute condizioni di conflitto di interesse;
- d) di essere motivato alla partecipazione civica e all'empowerment in sanità;
- e) di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
 e/o di frequentare _____;
- f) di possedere le seguenti esperienze di impegno sociale (*specificare tipologia ed associazioni*)

 _____;
- g) di essere in possesso delle seguenti competenze professionali in ambito Sanitario, Sociale, Giuridico e Umanistico _____
 _____;
- h) di avere/non avere conoscenze di base del Servizio Sanitario Regionale;
- i) di impegnarsi a partecipare ai percorsi formativi che verranno proposti;
- l) di non avere riportato condanne penali/di avere riportato le seguenti condanne penali
 _____;
- m) di non avere procedimenti penali pendenti/di avere i seguenti procedimenti penali pendenti _____.

Dichiara infine di voler ricevere ogni comunicazione al seguente recapito _____
cell/te _____ email: _____;

allega copia di documento di identità in corso di validità;
autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. lgs. 196/03.

(luogo e data)

(firma leggibile)