

**ALLEGATO 1**

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELL' ALBO di medici e di assistenti sociali per la nomina dei componenti delle COMMISSIONI PER L'ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI DI INVALIDO CIVILE (L.295/90), CIECO CIVILE (L.382/70), SORDOMUTO (L.381/70), PORTATORE DI HANDICAP (L.104/92) E DISABILE AI FINI DELL'INSERIMENTO LAVORATIVO (L. 68/99)**

Al Sig. Direttore Generale

A.S.P. di Catania

Il sottoscritto.....nato  
a.....(prov.....),il.....  
Codice Fiscale.....  
Comune di residenza.....(prov.....)  
Indirizzo Via .....n.....Cap..... telefono.....  
Recapito professionale nel Comune di.....( prov.....)  
Via.....n.....Cap.....telefono.....  
e-mail: .....  
presa visione del bando pubblicato il .....

Dichiara la propria disponibilità ad essere nominato componente per le commissioni per l'accertamento delle condizioni di invalido civile (l.295/90), cieco civile (l.382/70), sordomuto (l.381/70), nella seguente sezione\_\_\_\_\_

A tale fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- a) curriculum formativo-professionale
- b) n.....documenti relativi ai titoli in suo possesso
- c) fotocopia di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso il domicilio sottoindicato:

c/o.....Comune.....Provincia.....indirizzo  
.....n.....CAP.....

Data.....

Firma per esteso.....

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA\***

Il sottoscritto....., nato  
a.....(prov.....) il..... M\_\_ F\_\_  
Codice Fiscale.....  
Comune di residenza.....(prov.....)  
Indirizzo Via .....n.....Cap..... telefono.....  
Recapito professionale nel Comune di.....( prov.....)  
Via.....n.....Cap.....telefono.....

Dichiara, ai sensi e agli effetti della legge n.15/68 e successive modificazioni

1. di possedere il seguente titolo di studio.....  
.....

2. di essere abilitato all'esercizio della professione  
di.....  
presso l'Università di.....

3. di essere iscritto all'Albo professionale.....  
presso l'Ordine provinciale /regionale di.....

4. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

in..... presso l'Università  
di.....

in.....presso l'Università  
di.....

in.....presso l'Università  
di.....

in..... presso l'Università  
di.....

5. di avere / non avere (1) prestato attività nella funzione di componente titolare  
di commissione, oggetto della presente istanza,

dal .....al.....nell'AUSL.....nel  
distretto di.....

dal .....al.....nell'AUSL.....nel  
distretto di.....

dal .....al.....nell'AUSL.....nel  
distretto di.....

dal .....al.....nell'AUSL.....nel  
distretto di.....

6. di avere / non avere (1) prestato attività nella funzione di componente  
supplente di commissione, oggetto della presente istanza,

dal .....al.....nell'AUSL.....nel  
distretto di.....

dal .....al.....nell'AUSL.....nel  
distretto di.....

dal .....al.....nell'AUSL.....nel  
distretto di.....

dal .....al.....nell'AUSL.....nel  
distretto di.....

7. di avere/non avere (1) conoscenza informatica di base

di avere/non avere (1) conoscenza informatica di livello avanzato

8. di essere nella seguente posizione :

a) avere / non avere (1) un rapporto di lavoro subordinato presso l'ASP di Catania  
con la qualifica di.....nella sede  
.....

dal.....

b) avere/non avere (1) un rapporto di convenzione con l'ASP di Catania in qualità  
di.....

nella sede .....  
.....  
.....

c) svolgere / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale  
convenzionato nel distretto di.....

d) svolgere / non svolgere (1) attività di pediatra di libera scelta nel distretto  
di.....

e) essere/ non essere (1) componente di Commissione Medica Periferica nella  
provincia di.....

f) essere/ non essere (1) componente di Commissione Medica superiore e  
d'invalidità civile nella provincia di.....

g) di essere/ non essere (1) eletto a carica politica nel comune  
di.....

h) di essere/ non essere (1) eletto a carica politica nella provincia  
di.....

i)di essere/non essere (1) direttore di distretto  
di.....

l)di essere/non essere (1) direttore di P.O.  
di.....

NOTE (2)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.10 della legge 675/96 e successive modificazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data.....Firma per esteso .....

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste

\* compilare la parte di competenza