

Il/la sottoscritto/a _____
nato il _____ a _____ Codice Fiscale _____
residente in _____ CAP _____ via _____ n. _____
telefono _____ e-mail: _____ PEC: _____

ACCONSENTE**ALL'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEI SOGGETTI ACCREDITATI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE PREVISTE DAL PROGETTO "HOME CARE PREMIUM 2025 -2028" DI CUI ALLA RICHIESTA PRESENTATA ALL'ATS 14 DAL DATORE DI LAVORO**

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n.445/2000, per false attestazioni e dichiarazioni mendaci e, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n.445/2000,

DICHIARA

- di essere dipendente dello Studio Associato/Società _____ P. Iva _____, con sede Legale in Via _____ n. _____ Cap _____ Comune _____ [];

- di essere consapevole che le prestazioni rese avverranno nell'ambito del rapporto di lavoro con lo studio associato/società;

(barrare con una X la voce di interesse)

Di essere iscritto all'Albo Professionale *(indicare la denominazione completa e l'eventuale sezione locale di iscrizione)* _____ n. iscrizione _____ data iscrizione _____ *(per le prestazioni di cui alle sezioni a), b), c), d), e), f), g.1), g.2, h));*

Di aver conseguito in data _____ l'attestato di operatore socio sanitario OSS, presso il seguente Ente _____, avente sede legale in _____, identificato con il codice fiscale/partita IVA _____, e che la Regione di riferimento è _____ *(per le prestazioni di cui alla sezione i.1);*

Di aver conseguito in data _____ l'attestato di operatore socio assistenziale OSA, presso il seguente Ente _____, avente sede legale in _____, identificato con il codice fiscale/partita IVA _____, e che la Regione di riferimento è _____ *(per le prestazioni di cui alla sezione i.2));*

- di essere consapevole che dall'iscrizione all'Elenco non deriva nessun un obbligo giuridico da attribuirsi all'ATS 14;
- di acconsentire al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente.

Si allega alla presente:

1. Copia di un documento di identità in corso di validità;
2. Curriculum vitae dichiarato ai sensi del DPR 445/2000;
3. Attestato di qualifica professionale (OSS o OSA).

Luogo e data _____

Firma del dichiarante
