

✓  
Al Commissario Straordinario dell'ASP di Ragusa  
P.zza Igea, 1  
97100 Ragusa

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

chiede di partecipare alla

**SELEZIONE DI 2 VOLONTARI PER LA PARTECIPAZIONE AL PROGRAMMA  
"PAZIENTE ESPERTO E CONSAPEVOLE" PER LA FORMAZIONE DI PROMOTORI DI  
SALUTE PER LA GESTIONE EFFICACE, EFFICIENTE E PATIENT-CENTRED DELLE  
PATOLOGIE CRONICHE**

Progetto Obiettivo 2011 di Piano Sanitario Nazionale  
Linea progettuale "Valorizzazione delle risorse del Volontariato"

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n.445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

- di essere in possesso di ☐ Cittadinanza italiana o ☐ di uno degli Stati membri dell'Unione Europea o ☐ di carta di soggiorno o permesso di soggiorno in corso di validità (per cittadini extra-comunitari) o in corso di rinnovo
- di non avere riportato condanne penali
- di non avere procedimenti penali pendenti
- di essere in possesso di Attestato di Caregiver
- di essere Volontario dell'Associazione \_\_\_\_\_

Qualora selezionato, il sottoscritto si impegna, successivamente alla formazione, a garantire la propria partecipazione nella conduzione di gruppi e nella formazione "a cascata" di nuovi conduttori di gruppi.

Si allegano:

- Copia di documento di identità in corso di validità
- Curriculum vitae
- Allegato B compilato dal Legale Rappresentante dell'Associazione di appartenenza

Data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della presente procedura ai sensi e per effetto della legge n° 675 del 31/12/96 e s.m.i..

Data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_