

Spett.
AREUS Sardegna
Via Luigi Oggiano 25
08100 Nuoro

protocollogenerale@pec.areus.sardegna.it

MODELLO RICHIESTA E DICHIARAZIONE

Oggetto: Corsi PBLSD ed EPALS-IRC. MANIFESTAZIONE d'INTERESSE per collaborazione in qualità di Formatore presso AREUS Sardegna nelle attività formative destinate ai Medici di Emergenza Territoriale.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____ n.ro civico _____ Codice Fiscale n. _____, indirizzo di posta elettronica: _____, telefono Cellulare n. _____, Titolo di Studio _____, dipendente/convenzionato di _____ con la qualifica di _____ presso _____ in riferimento alla Formazione per l'avvio delle attività formative destinate ai Medici di Emergenza Territoriale (M.E.T.) considerata la specifica esperienza come formatore nell'ambito dell'Area per la gestione dell'Emergenza medico-traumatica dell'età pediatrica di Base ed Avanzata (Corsi PBLSD ed EPALS), esprime una manifestazione di interesse in qualità di Formatore, come di seguito indicato.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti REQUISITI:

- A) abilitazione quale **Direttore PBLSD** a decorrere dall'anno: _____
- n° corsi effettuati _____ nel corso dell'anno _____
 - n° corsi effettuati _____ nel corso dell'anno _____
 - n° corsi effettuati _____ nel corso dell'anno _____
 - n° corsi effettuati _____ nel corso dell'anno _____
 - n° corsi effettuati _____ nel corso dell'anno _____
 - n° corsi effettuati _____ nel corso dell'anno _____

B) abilitazione quale **Istruttore PBLSD** a decorrere dall'anno: _____

- n° corsi effettuati _____ nel corso dell'anno _____
- n° corsi effettuati _____ nel corso dell'anno _____
- n° corsi effettuati _____ nel corso dell'anno _____
- n° corsi effettuati _____ nel corso dell'anno _____
- n° corsi effettuati _____ nel corso dell'anno _____
- n° corsi effettuati _____ nel corso dell'anno _____

C) di essere attualmente in attività e di essere in regola con i requisiti della Società Scientifica certificatrice - autorizzazione Segreteria Nazionale IRC;

di essere in possesso dei seguenti REQUISITI:

D) abilitazione quale **Direttore EPALS** a decorrere dall'anno: _____

- n° corsi effettuati _____ nel corso dell'anno _____
- n° corsi effettuati _____ nel corso dell'anno _____
- n° corsi effettuati _____ nel corso dell'anno _____
- n° corsi effettuati _____ nel corso dell'anno _____
- n° corsi effettuati _____ nel corso dell'anno _____
- n° corsi effettuati _____ nel corso dell'anno _____

E) abilitazione quale **Istruttore EPALS** a decorrere dall'anno: _____

- n° corsi effettuati _____ nel corso dell'anno _____
- n° corsi effettuati _____ nel corso dell'anno _____
- n° corsi effettuati _____ nel corso dell'anno _____
- n° corsi effettuati _____ nel corso dell'anno _____
- n° corsi effettuati _____ nel corso dell'anno _____
- n° corsi effettuati _____ nel corso dell'anno _____

F) di essere attualmente in attività e di essere in regola con i requisiti della Società Scientifica certificatrice - autorizzazione Segreteria Nazionale IRC;

DICHIARA, inoltre

- *di avere/non avere procedimenti penali in corso
- *di avere/non avere riportato condanne penali
- *di avere/non avere procedimenti disciplinari in corso
- *di avere/non avere ricevuto sanzioni disciplinari negli ultimi 3 anni
- di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento U.E. 679/2016 per le procedure di che trattasi;
- di aver letto l'informativa sull'acquisizione dei dati personali pubblicata sul sito AREUS unitamente alla Manifestazione d'Interesse/richiesta;

Si allegano alla presente dichiarazione:

1. Copia documento d'identità in corso di validità;
2. Curriculum Vitae aggiornato, datato e sottoscritto;
3. Certificazioni IRC di regolare Iscrizione e abilitazioni possedute

Luogo e data _____

Firma per esteso _____

* cancellare la voce che non interessa