Spett.le
Azienda Sanitaria Provinciale
Reggio Calabria
Gestione risorse umane e formazione
PEC : formazione.asprc@certificatamail.it

li/la sottoscritto/a.....
nato/a a..... Prov..... il.....
Codice Fiscale ..... Residente a .....
Via..... .....n. ..... cap. ..... Città..... (Prov.....)
Tel..... Cellulare ..... PEC..... .....
e-mail ... ...

CHIEDE

di partecipare al *"I **corso per l'abilitazione al prelievo di sangue capillare e venoso per biologi"**.* A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

- ***di essere*** residente nel Comune di ..... (Prov .....);
- ***di essere*** in possesso del diploma di laurea in Biologia, conseguito presso l'Università di ..... **in data** .....**con voto finale**.....

(la mancata compilazione di tutti i dati richiesti nel rigo è considerato quale requisito non posseduto) ;

- ***di essere*** in possesso di abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso l'Università di .... in data .....

*(la mancata compilazione di tutti i dati richiesti **nel rigo è considerato quale requisito non posseduto);***

- ***di essere*** iscritto all'Albo dell'Ordine Nazionale dei Biologi con n° .....dal.....

(la mancata compilazione di tutti i dati richiesti nel rigo è considerato quale requisito non posseduto);

- ***di essere domiciliato*** e di voler ricevere eventuali comunicazioni al seguente indirizzo:

via ..... n° ..... C.A.P. ..... città ..... telefono/email .....;

- ***di aver preso visione*** del disposto ***decreto legislativo 10 agosto 2018 n.101, che recepisce la normativa europea*** e di autorizzare il trattamento dei dati personali e la comunicazione degli stessi alle sedi formative nel rispetto della normativa vigente per le attività relative all'ammissione ed allo svolgimento del corso e per ogni altra finalità ad esso correlata;
- ***di essere a conoscenza*** delle sanzioni penali cui va incontro in caso di false dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e di essere a conoscenza che le pubbliche amministrazioni e i loro dipendenti, salvi i casi di dolo o colpa grave, sono esenti da ogni responsabilità per gli atti emanati, quando l'emanazione sia conseguenza di false dichiarazioni o di documenti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, prodotti dall'interessato o da terzi.

Allega: Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.

Data ..... Firma ....

N.B.: la domanda dovrà essere compilata chiaramente ed in stampatello in ogni sua parte e dovrà essere inviata esclusivamente a mezzo PEC all'indirizzo formazione.asprc@certificatamail.it **entro e non oltre** il quindicesimo giorno **compreso** quello di pubblicazione del presente avviso sul sito Ufficiale dell'ASP di Reggio Calabria . Qualora detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo. In caso di ammissione al Corso il partecipante dovrà versare un contributo di iscrizione del valore di *€ 100,00* ***(cento /00)*** da versare sul conto della tesoreria aziendale ***(Banca BNL Reggio Calabria IBAN: IT 66Z0100516300000000218050 intestato a: ASP Reggio Calabria Via Diana 3- 89125 Reggio Calabria) causale: iscrizione Corso di formazione Gestione dei campioni biologici*** ed esecuzione di prelievi capillari e venosi. Tale somma non costituisce garanzia di partecipazione al corso stesso e, **in** ogni caso, non sarà restituita.

• **cancellare la dizione che non interessa**