

**DOMANDA PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DI SOGGETTI DISPONIBILI, IN FORMA INDIVIDUALE O ASSOCIATA, A PRESTARE GRATUITAMENTE PRESTAZIONI PROFESSIONALI PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO DI SOMMINISTRAZIONE DEI VACCINI ANTI-SARS-COV-2 O ALTRE ATTIVITA' DI SUPPORTO ALLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE DELLA REGIONE PIEMONTE NEL PERIODO DI EMERGENZA COVID.**

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

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

o il Rappresentante dell'Associazione \_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere iscritto nell'elenco di personale volontario disponibile a:

- integrare l'organico dei punti vaccinali aziendali;
- prestare la seguente attività di supporto.

PROFESSIONE DI APPARTENENZA DEL PERSONALE VOLONTARIO:

/// MEDICO/PEDIATRA (n. ) \_\_\_\_\_

/// ODONTOIATRA (n. ) \_\_\_\_\_

/// INFERMIERE (n. ) \_\_\_\_\_

/// ASSISTENTE SANITARIO (n. ) \_\_\_\_\_

/// ALTRO PERSONALE (specificare: \_\_\_\_\_ )

EVENTUALI BENI MESSI A DISPOSIZIONE (LOCALI, VEICOLI ECC.)

---

---

---

---

---

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 e ss.mm.ii., il volontario o il rappresentante dell'Associazione dichiara sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dalle vigenti disposizioni in caso di dichiarazioni non veritiere:

. di essere in possesso (o che i volontari associati sono in possesso), dei requisiti prescritti dall'avviso e precisamente:

a) titolo di studio:

conseguito presso \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_

b) iscrizione all'Ordine Professionale/albo Professionale: Provincia di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

c) requisiti diversi:

Le aziende sanitarie utilizzatrici effettueranno i controlli in merito al possesso dei requisiti previsti dall'avviso in relazione alle prestazioni richieste.

**Riferimenti del volontario o dell'Associazione**

\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_

**Allego il documento di identità**