

Al Comune di Francavilla Fontana

Ufficio Istruzione

mail:

protocollo@comune.francavillafontana.br.it

Manifestazione di interesse a partecipare, in qualità di volontario, alla campagna di screenig destinata alla popolazione scolastica mediante l'attività di somministrazione dei test antigenici rapidi specifici per SARSCOV 2.

IL SOTTOSCRITTO/A
NATO/A A

..... (.....) IL.....E RESIDENTE A
.....(.....)

VIAN.....

CON TITOLO DI STUDIO,

CONSEGUITO IL RILASCIATO
DA.....,

CODICE FISCALE

TEL. CELL., E-MAIL..... ,
PEC.....

IN QUALITA' DI

CON LA PRESENTE ISTANZA

MANIFESTA LA PROPRIA VOLONTA' A PARTECIPARE, IN QUALITA' DI VOLONTARIO, ALLA CAMPAGNA DI SCREENIG DESTINATA ALLA POPOLAZIONE SCOLASTICA MEDIANTE L'ATTIVITÀ DI SOMMINISTRAZIONE DEI TEST ANTIGENICI RAPIDI SPECIFICI PER SARSCOV 2.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti ed affermazioni mendaci ivi indicate,

D I C H I A R A

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del del D.P.R. n. 445/2000,

- di possedere i requisiti necessari per l'espletamento del servizio di volontariato richiesto e di appartenere, in particolare, ad una delle seguenti categorie professionali (barrare la casella che interessa);

medici specialisti;

medici convenzionati con le Aziende Sanitarie Provinciali ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale (medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, medici di emergenza sanitaria territoriale, pediatri di libera scelta);

- medici specializzandi, iscritti a qualsiasi anno di corso delle scuole di specializzazione;*
- laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione medica e iscritti agli ordini professionali;*
- laureati in medicina e chirurgia, anche se privi della cittadinanza italiana, abilitati all'esercizio della professione medica secondo i rispettivi ordinamenti di appartenenza, previo riconoscimento del titolo;*
- personale medico collocato in quiescenza, anche ove non iscritto al competente albo professionale in conseguenza del collocamento a riposo;*
- Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere; h) Biologi e Biotecnologi;*
- Operatori socio sanitari.*

- di voler ricevere ogni utile comunicazione all'indirizzo di posta elettronica o posta certificata (PEC):.....

➤ Copia fotostatica documento/i d'identità, in corso di validità;

Addì, li

Firma _____