Allegato 2 alla delibera n. _____ del _____

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Ad ATS Brianza
Direzione Sanitaria
Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria

OGGETTO: Manifestazione di interesse rivolta a professionisti per l'individuazione di formatori qualificati sul gioco d'azzardo patologico per l'attivazione dei corsi di aggiornamento obbligatori rivolti ai gestori delle sale da gioco e dei locali ove sono installate apparecchiature per il gioco d'azzardo lecito.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____, via _____

CHIEDE

di essere inserito/a nell'elenco dei formatori qualificati sul gioco d'azzardo patologico di ATS Brianza messo a punto per le finalità in oggetto.

DICHIARA

1. di aver conseguito:

☐ Laurea in _____, in data _____
☐ i seguenti altri titoli di studio post laurea:

Titolo	Data di conseguimento	Voto

2. di aver prestato la propria attività professionale nell'ambito della presa in carico e della prevenzione del gioco d'azzardo patologico presso ASST, Enti del Terzo settore, Enti residenziali e semiresidenziali accreditati e Associazioni dedicate, prioritariamente nella cornice delle progettazioni realizzate attraverso le D.D.G.R. n. 1114, 2609 e 585, come segue:

Periodo di riferimento	Ruolo	Ente

3. di essere stato/a docente sul gioco d'azzardo patologico, come specificato di seguito:

Data	Tematica affrontata	Ente

4. di essere iscritto/a all'Ordine:

☐ dei Medici di _____, dal _____ al n. _____,

☐ degli Psicologi di _____, dal _____ al n. _____,

☐ degli Assistenti Sociali di _____, dal _____ al n. _____,

☐ degli Educatori Professionali di _____, dal _____ al n. _____,

5. di essere dipendente/di non essere dipendente (cancellare l'opzione non vera) del SSN

a) se dipendente del SSN, dichiara di operare/di non operare *(cancellare l'opzione non vera)* in regime di esclusività presso l'Azienda _____
b) se non dipendente SSN, di impegnarsi a comunicare tempestivamente ad ATS l'eventuale instaurarsi di un rapporto di lavoro con il SSN, specificando se in regime di esclusività;

AUTOCERTIFICA

il contenuto della presente ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole della responsabilità penale nella quale può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi ai sensi degli art. 75 e76 del DPR 445/2000;

Allega alla presente domanda i seguenti documenti:

☐ *Curriculum Vitae* (in formato europeo, autocertificato ai sensi del D.P.R. 445/2000 e completo di autorizzazione al trattamento dei dati personali)

☐ Fotocopia di un documento di identità in coso di validità

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e ai sensi dell'art. 13 GDRP 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali", il/la sottoscritto/a autorizza l'ATS Brianza al trattamento dei dati personali forniti e alla pubblicazione sul sito dell'Agenzia degli stessi, per le sole finalità individuate dalla presente "Manifestazione di interesse rivolta a professionisti per l'individuazione di formatori qualificati sul gioco d'azzardo patologico per l'attivazione dei corsi di aggiornamento obbligatori rivolti ai gestori delle sale da gioco e dei locali ove sono installate apparecchiature per il gioco d'azzardo lecito" ovvero per la costituzione di un elenco " formatori GAP autorizzati.

Il/La sottoscritto/a prende inoltre atto che ogni comunicazione relativa alla domanda di partecipazione alla manifestazione di interesse verrà effettuata unicamente attraverso la PEC indicata.

Data _____,

Firma _____,