

**ALLEGATO A)**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AVVISO INTERNO FINALIZZATO ALLA  
RICERCA DI ISTRUTTORI CORSI BLSD E PBLSD ATTRAVERSO  
MANIFESTAZIONE DI INTERESSE DEL PERSONALE DELLA ASL LATINA**

**AL DIRETTORE GENERALE  
ASL DI LATINA - Viale P.L. Nervi, s.n.c. Torre G/2, 04100 LATINA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (cognome e nome)  
Matricola \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare

**ALL' AVVISO INTERNO FINALIZZATO ALLA RICERCA DI ISTRUTTORI CORSI  
BLSD E PBLSD ATTRAVERSO MANIFESTAZIONE DI INTERESSE DEL  
PERSONALE DELLA ASL LATINA**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R.,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ e di essere residente nel Comune di  
\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel  
\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

PEC: \_\_\_\_\_;

- di essere dipendente dell'ASL Latina in qualità di

presso \_\_\_\_\_ UO/Dipartimento  
\_\_\_\_\_, nella  
sede di \_\_\_\_\_;

☐ di eleggere il seguente domicilio per ogni necessaria comunicazione, (in caso di mancata indicazione vale la residenza di cui al punto precedente):

Comune di \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_;

☐ di non aver riportato sanzioni disciplinari nel biennio precedente superiore al rimprovero scritto;

ovvero:

☐ di aver riportato le seguenti sanzioni disciplinari nel biennio precedente, superiori

al rimprovero scritto \_\_\_\_\_;

☐ di non aver in corso né essere soggetto di accertamenti medici che limitino la capacità lavorativa;

☐ di essere disponibile a ricoprire l'incarico assegnato per condurre i corsi di formazione BLSD e PBLSD se convocati secondo le richieste e necessità aziendali, per un numero minimo di 5 corsi annui;

☐ di essere in possesso della Laurea/Laurea Magistrale in \_\_\_\_\_, conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

☐ di essere in possesso del Diploma di Specializzazione nella Disciplina di \_\_\_\_\_ conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ (durata del corso: anni \_\_\_\_);

☐ di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

☐ di avere acquisito esperienza lavorativa e/o formativa nell'ambito dell'Area Critica;

☐ di aver già effettuato formazione in qualità di "Instructor BLS" in altri contesti;

☐ di essere in possesso del titolo di "Instructor BLS" rilasciato dalla società scientifica "American Heart Association" (AHA) e relativa certificazione in corso di validità ed in regola con gli adempimenti e gli aggiornamenti previsti;

☐ di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/6/2003 e sm.i. secondo la recente e vigente normativa regolamentare di matrice europea;

☐ di accettare, senza riserva, tutte le prescrizioni e precisazioni contenute nel presente avviso e tutte le norme in esso richiamate.

Il/La sottoscritto/a dichiara di non trovarsi in situazione di incompatibilità, inconferibilità e conflitto di interessi anche potenziale, secondo la normativa vigente, in funzione del conferimento dell'incarico professionale di che trattasi.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ allega alla presente domanda la sotto elencata documentazione prevista dalla Manifestazione di interesse, accettando le condizioni fissate nella stessa.

☐ Curriculum formativo e professionale, redatto in carta semplice, datato e firmato, dal quale dovrà apparire con evidenza il possesso della certificazione di istruttore rilasciato dalla Società Scientifica American Heart Association,

☐ Attestato/card di "Instructor BLS" rilasciato da un ITC American Heart Association in corso di validità

☐ *COPIA NON AUTENTICATA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE*, leggibile in tutte le sue parti, in corso di validità;

☐ Altro \_\_\_\_\_.

Data, \_\_\_\_\_

Il dichiarante

\_\_\_\_\_