

ALLEGATO A - MODELLO DI DOMANDA (V6)

OGGETTO PEC: [HCP-2025-SCADENZA-2026] - Domanda Accreditamento - Cognome e Nome

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano
ATS Appennino Dauno Settentrionale

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
C.F. _____ Residente in _____
Via _____ n. ____ Tel. _____
Email/PEC _____

CHIEDE

l'inserimento nell'elenco dei professionisti per l'attuazione del Progetto HCP 2025-2028 per il profilo di:
(specificare la qualifica professionale)

DICHIARAZIONE REGIME PROFESSIONALE (Obbligatoria)

Il sottoscritto dichiara di operare in qualità di (barrare e completare):

LIBERO PROFESSIONISTA:

Partita IVA n. _____

DIPENDENTE:

Presso (Denominazione Società/Cooperativa):

Partita IVA e C.F. della Società/Cooperativa: _____

DICHIARA AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000

- Di essere in possesso dei titoli di studio e requisiti richiesti;
- Di essere iscritto all'Albo di _____ n. _____ (ove previsto);
- (Per OSS/OSA) Di possedere l'attestato di qualifica professionale (allegato alla presente).

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE (OBBLIGATORIA)

1. Copia Documento Identità e C.F.
2. Curriculum Vitae datato e sottoscritto
3. Copia Attestato di Qualifica (obbligatorio per OSS e OSA)
4. Copia certificato attribuzione P.IVA o documentazione attestante il regime di dipendenza (se non indicati i dati sopra)

Data: ____ / ____ /202__

Firma: _____