

**ALLA CROCE ROSSA ITALIANA  
COMITATO CENTRALE**

Dipartimento Attività Socio Sanitarie e delle  
Operazioni in Emergenza  
Via Toscana, 12  
00187 - R O M A

**Oggetto: Domanda di iscrizione nell'elenco dei professionisti esperti della professione di Tecnico Sanitario di Radiologia Medica per le esigenze del Laboratorio Centrale di Roma.**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_  
(indicare il cognome, per le donne quello da nubile, ed il nome), nat \_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_), residente a \_\_\_\_\_ (provincia di  
\_\_\_\_\_), via/piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ (c.a.p. \_\_\_\_\_), codice fiscale: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

di poter partecipare alla selezione per la formazione di un elenco di professionisti disponibili al conferimento di un incarico di collaborazione professionale per lo svolgimento di attività propria della professione di Tecnico Sanitario di Radiologia Medica di cui al bando approvato con la Determinazione del Capo Dipartimento Attività Socio Sanitarie e delle Operazioni in Emergenza n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ pubblicato sul sito internet della Croce Rossa Italiana in data \_\_\_\_\_.

Dichiara a tal fine:

1. di essere in possesso del diploma di laurea: \_\_\_\_\_;
2. di essere iscritt\_\_ al relativo Albo Professionale della provincia di \_\_\_\_\_;
3. di essere titolare di partita I.V.A.

Dichiara inoltre di essere in possesso dei seguenti requisiti:

- 7) cittadinanza italiana o di uno degli Stati Membri dell'Unione Europea;
- 8) godimento dei diritti civili e politici;
- 9) non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- 10) mancata conoscenza di procedimenti penali;
- 11) non versare in situazioni di incompatibilità;

12) non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi o in concorrenza con quella prestata a titolo di collaborazione.

7) di autorizzare la Croce Rossa Italiana al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della presente procedura.

**Allega alla presente:**

1. curriculum vitae aggiornato, sottoscritto e regolarmente documentato;
2. fotocopia del documento di identità;
3. varie .....

Il/La candidato/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono sanzionati penalmente come previsto dall'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445.

Chiede che ogni comunicazione relativa alla presente procedura venga inviata all'indirizzo sotto indicato, impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive.

Al riguardo riconosce che l'Amministrazione non assume alcuna responsabilità in caso di dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda o per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatti di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Indirizzo: .....

Fax: .....

Indirizzo e-mail: .....

Luogo e data .....

FIRMA