

ALLEGATO A

**FAC-SIMILE ISTANZA DI RICHIESTA APPARTAMENTO PROGETTO CASE/MAP - L'AQUILA
INFERMIERI**

Spett.le

OPI L'AQUILA

Via Ulisse Nurzia 26

Indirizzo PEC: laquila@cert.ordine-opi.it

OGGETTO: Istanza di manifestazione di interesse per la partecipazione all'assegnazione del Progetto case Comune L'Aquila in convenzione con OPI AQ

Come da Delibera di Giunta Comunale n. 519 del 28/10/2020, con la quale si approvava la Convenzione tra OPI AQ e Comune L'Aquila per l'assegnazione di alloggi del Progetto CASE e MAP in favore di professionisti infermieri, siano essi lavoratori dipendenti o liberi professionisti, in servizio nel capoluogo sia presso strutture sanitarie pubbliche che private del territorio:

il/la sottoscritto/a nato/a il a e
residente in via n..... codice fiscale..... in
qualità di **Infermiere** iscritto presso l'Ordine di _____ o con domanda di
trasferimento di iscrizione ad OPI AQ inoltrata il _____

CHIEDE

l'Assegnazione di un alloggio del Progetto CASE/MAP, a fronte di pagamento di un canone mensile calmierato, ai sensi di quanto stabilito dalla predetta Delibera di Giunta Comunale n. 519 del 28/10/2020, indicando di seguito l'ordine di preferenza relativamente le zone di ubicazione dell'appartamento del Progetto CASE/MAP;

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Consapevole che, in caso di indisponibilità di adeguato alloggio nelle località indicate, si procederà all'individuazione di idonea sistemazione alloggiativa in altra zona.

Consapevole delle sanzioni penali dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000)

dichiara ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 (barrare dove richiesto solo le caselle che interessano)

di avere il proprio domicilio professionale in _____

Prov. _____ Via _____ Tel./Cell. _____ E-mail _____

PEC _____

di essere cittadino _____ (indicare la Nazionalità);

di esercitare la professione come:

- libero professionista;

- dipendente;

- altro;

di essere iscritto all'ENPAPI (Ente Nazionale di previdenza e Assistenza della professione infermieristica);

di non essere iscritto all'ENPAPI (Ente Nazionale di previdenza e Assistenza della professione infermieristica);

di essere **regolarmente** iscritto all'Albo degli Infermieri/Infermieri Pediatrici tenuto dall'OPI di ____ dal ____/____/____;

di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all' OPI (art. 10, lettera c) DPR 05/04/1950 n. 221);

di essere in possesso di Posta Elettronica Certificata come normato dalla legge 11 settembre 2020 n.120;

- di non aver riportato condanne penali (comprese le sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti ex art. 444 c.p.p. – cosiddetto patteggiamento);
- di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali o disciplinari;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a sospensione dall'esercizio della professione;
- che il nucleo familiare o di coabitazione per cui si richiede l'assegnazione è così composto:

RAPPORTO DI PARENTELA	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	CODICE FISCALE

eventuali titoli di preferenza: _____

Data _____

Firma _____

Il/la sottoscritta/o _____ autorizza l'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di L'Aquila al trattamento dei dati nel rispetto del GDPR ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati UE 2016/679.

Data _____

Firma _____

AGGEGATI:

1 COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'