Spett.le
IPAB di Vicenza
segreteria@ipab.vicenza.it

OGGETTO: **Manifestazione di interesse (Avviso Prot. 3043 del 4 settembre 2026)**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. ____

Tel. _____ Cell. _____

E mail _____

PEC _____

MANIFESTA INTERESSE

per il conferimento dell'incarico di tutor del corso nell'ambito del percorso formativo per operatore socio-sanitario L. R. n. 20/2001 e s.m.i.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali e della decadenza dei benefici conseguiti sulla base di dichiarazione mendace ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

☐ di possedere entrambi i seguenti requisiti:

a) esperienza professionale triennale;

b) possesso di un titolo di studio tra i seguenti: laurea afferente a una delle professioni sanitarie ex L. 251/2000, o titoli equipollenti o riconosciuti equivalenti.

☐ di possedere il seguente titolo di studio richiesto dall'avviso *(indicare: l'università o l'istituzione che lo ha rilasciato, la data del conseguimento e la durata. Se il titolo di studio è stato conseguito all'estero, indicare gli estremi del provvedimento con il quale il titolo stesso è stato riconosciuto equipollente al corrispondente titolo italiano o dichiarare che si provvederà a richiedere l'equiparazione)*

_____
_____
_____

☐ che quanto riportato nel curriculum vitae allegato alla manifestazione di interesse corrisponde a verità e che le informazioni ivi contenute sono rese sotto la propria responsabilità;

☐ di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali, ex art.13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, allegata al presente avviso;

☐ di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e del regolamento Europeo n. 679/2016, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Si allega:

- fotocopia del documento di identità in corso di validità;
- curriculum professionale.

_____, _____ _____

luogo data firma per esteso