

Allo Sportello Unico _____ Comune / Comunità / Unione _____

DICHIARAZIONE DEL PERSONALE PER LE PRESTAZIONI DI PRIMO SOCCORSO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome		Nome		Codice fiscale			
Data di nascita		Sesso	Cittadinanza		Partita iva		
		-	▼				
Luogo di nascita		Provincia		Stato			
Studio professionale							
Comune		Provincia	CAP	Stato			
Indirizzo				Civico	Scala	Piano	Interno
Telefono		Cellulare		Fax			
Posta Elettronica Certificata (PEC)			Email				
In qualita di							
Personale per le prestazioni di primo soccorso							
Cittadino							
<input type="radio"/> comunitario		<input type="radio"/> non comunitario		<input type="radio"/> non comunitario e residente all'estero			
Permesso di soggiorno / carta di soggiorno n.		Rilasciato da			Data di rilascio		
Motivo del soggiorno					Valido fino al		
Estremi raccomandata					Rinnovato il		


DICHIARAZIONI

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e degli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e che inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione resa, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

<input checked="" type="checkbox"/>	di aver accettato la nomina a personale per le prestazioni di primo soccorso
<input checked="" type="checkbox"/>	di essere in possesso dei requisiti professionali richiesti per l'espletamento dell'incarico ricevuto

ALLEGATI

Allegato	
<input checked="" type="checkbox"/>	Titolo abilitativo 

Il personale per le prestazioni di primo soccorso	
<input type="radio"/> Allega copia scansionata documento di identità	Firma
<input type="radio"/> Scansione documento di identità già allegata all'istanza	Firma
<input type="radio"/> Documento firmato digitalmente	