



# **Società della Salute Zona Fiorentina Nord Ovest**

## ALL. 2 MODULO AUTOCERTIFICAZIONE QUALIFICA PROFESSIONALE

**AVVISO DI ISTRUTTORIA PUBBLICA PER LA PRESENTAZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALL'INSERIMENTO NEGLI ELENCHI DEI PROFESSIONISTI CHE LA SDS INTENDE COSTITUIRE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI CUI AL PROGETTO HOME CARE PREMIUM - ASSISTENZA DOMICILIARE 2025-2028**

### **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA QUALIFICA PROFESSIONALE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

### **D I C H I A R A**

di possedere la seguente qualifica professionale: \_\_\_\_\_,

conseguita presso \_\_\_\_\_.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D.L. vo 196/03 per gli adempimenti connessi alla presente procedura

(luogo e data) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_

Nelle ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni penali previste all'art.76 del D.P.R n° 445 28.12.2000. *Informativa ai sensi dell'art. 13 della legge 196/2003*: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

SEDE LEGALE E DIREZIONE: VIA GRAMSCI, 561 - 50019 SESTO FIORENTINO (FI)  
TEL. 055/6930205-484 FAX. 055/6930223 [sds.firenzenordovest@uslcentro.toscana.it](mailto:sds.firenzenordovest@uslcentro.toscana.it) -  
[www.sds-nordovest.fi.it](http://www.sds-nordovest.fi.it)

COD. FISCALE E PART. IVA: 05517820485