**Modello A)**

**AD**

**A.SE.P. SRL**

**PIAZZA DELLA PACE, 5**

**PORTO MANTOVANO**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

**AVVISO PUBBLICO PER L’AFFIDAMENTO DI CONTRATTO DI PRESTAZIONE DI SERVIZI A SUPPORTO**

**DELL’ATTIVITA’ DELLA FARMACIA**

**Il/La sottoscritto/a…………………………………………………………………………..…………………**

**Nato/a a ………………………………… ….. Prov…………il ……………………………………………..**

**In qualità di libero professionista**

**Con partita iva ………………………**

**Con regima iva ……………………………………………………………..**

**CHIEDE**

**Di partecipare all’avviso pubblico in oggetto e, consapevole della responsabilità penale cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all’art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, che i fatti, stati e qualità riportati nei successivi paragrafi corrispondono a verità**

**DICHIARA**

**\_ di essere in possesso di Laurea di primo livello in Infermieristica ovvero diplomi ed attestati conseguiti in base al precedente ordinamento riconosciuti equipollenti ai sensi del D.M. 27.07.2000;**

**\_ di essere iscritto all’albo degli infermieri;**

**\_ di aver preso visione e conseguentemente accettare, senza condizioni e riserva alcuna, le disposizioni contenute nell’avviso pubblico;**

**DATA……………………………….**

**FIRMA**

**Si allega CV aggiornato e firmato e documento d’identità**