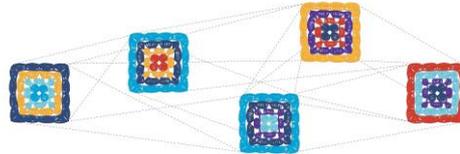




Progetto co-finanziato
dall'Unione Europea



COVER

Comunità
oltre la Violenza
Emilia-Romagna



Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 – 2020

FAMI COVER Comunità Oltre la Violenza a danno di minori stranieri Emilia-Romagna

O.S. 2.Integrazione/Migrazione legale – O.N. 3 - lett j) Governance dei servizi

Istanza di Partecipazione

Il/La sottoscritto/a _____
 Nato/a a _____ il _____
 Residente in via/piazza _____ n. _____
 comune _____ Prov. _____
 Codice Fiscale _____ Telefono _____
 Professione _____ titolo di studio _____

Chiede

di essere ammesso a partecipare alla Selezione pubblica per il conferimento di n. 1 incarico di collaborazione esterna per il profilo di Psicologo/ Psicoterapeuta/ Counsellor/ Educatore di clinica Transculturale da impiegare nel progetto FAMI 2014-2020 O.S. 2. Integrazione/Migrazione legale-O.N.3 – lett j) Governance dei servizi, progetto **COVER, Comunità Oltre la Violenza a danno di minori stranieri Emilia-Romagna.**

A tal fine, consapevole delle conseguenze penali previste (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445), ai sensi degli artt. 46 e 47 del predetto D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sotto la propria responsabilità,

Dichiara

- di godere dei diritti civili e politici;
- di non aver riportato condanne penali e non essere destinatari di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- di non aver commesso un errore grave nell'esercizio dell'attività professionale o grave negligenza nell'esecuzione delle prestazioni affidate da una P.A.;
- di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non essere mai stato destinatario di sanzioni interdittive di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c) del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 o ad altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione, ai sensi dell'art. 80, comma 5, lettera f) del Codice dei contratti pubblici;
- di trovarsi in condizione di indipendenza e di terzietà rispetto al Committente/Beneficiario capofila e ai Partner di progetto, tanto sotto il profilo intellettuale, quanto sotto il profilo formale;
- di accettare senza riserve tutte le prescrizioni e le precisazioni dell'avviso pubblico a cui si riferisce la presente domanda di partecipazione
- di disporre del seguente indirizzo PEC: _____
- la propria posizione INPS nel caso di lavoratori autonomi _____
- di essere disponibile ad effettuare l'attività di esperto per tutta la durata del progetto nel rispetto del calendario che verrà concordato tra le parti;

ENTE CAPOFILIA: CIDAS

Società Cooperativa Sociale a R.L.
 Impresa Sociale
 Sede Legale e Amministrativa:
 Via Bologna, 389
 44124 Ferrara

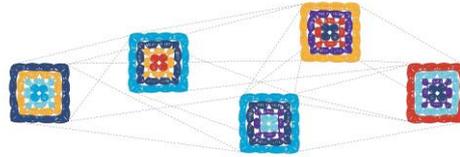
Tel. 0532 861597
 Fax. 0532 862403
 ufficio.segreteria@cidas.coop
 cidas@pec.it
 www.cidas.coop

Iscr. Reg. Imprese di Ferrara
 P.IVA/C.F. 00463980383 - R.E.A. Ferrara n. 105197
 Iscr. all'Albo delle Società Cooperative n. A117351
 Sezione: Cooperative a Mutualità Prevalente
 Albo Reg.le Coop.ve Sociali Sezione A e B





Progetto co-finanziato
dall'Unione Europea



COVER

Comunità
oltre la Violenza
Emilia-Romagna



Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 – 2020

FAMI COVER Comunità Oltre la Violenza a danno di minori stranieri Emilia-Romagna

O.S. 2.Integrazione/Migrazione legale – O.N. 3 - lett j) Governance dei servizi

Comunica che l'indirizzo al quale si vogliono ricevere tutte le comunicazioni è il seguente

Tel _____ Fax _____ E.mail _____

Allega:

- curriculum vitae datato e sottoscritto
- copia di un valido documento di identità
- altra documentazione ritenuta pertinente ai fini della valutazione;

Nel caso in cui il documento non sia in corso di validità, in calce alla fotocopia l'interessato deve dichiarare, con apposita sottoscrizione, che i dati ivi contenuti non hanno subito variazioni dalla data del rilascio, ai sensi dell'art. 45 comma 3 del D.P.R. 445/00.

 _____ sottoscritt _____ autorizza Gulliver Società
 Cooperativa Sociale al trattamento dei dati personali forniti ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. ai
 fini della gestione della presente procedura.

_____ li _____

Firma _____

ENTE CAPOFILA: CIDAS

Società Cooperativa Sociale a R.L.
 Impresa Sociale
 Sede Legale e Amministrativa:
 Via Bologna, 389
 44124 Ferrara

Tel. 0532 861597
 Fax. 0532 862403
 ufficio.segreteria@cidas.coop
 cidas@pec.it
www.cidas.coop

Iscr. Reg. Imprese di Ferrara
 P.IVA/C.F. 00463980383 - R.E.A. Ferrara n. 105197
 Iscr. all'Albo delle Società Cooperative n. A117351
 Sezione: Cooperative a Mutualità Prevalente
 Albo Reg.le Coop.ve Sociali Sezione A e B

