**Alla Regione Calabria**

**Dipartimento n. 7 Sviluppo economico,**

**Lavoro, Formazione e Politiche Sociali**

**Settore n.7 Pari opportunità, Politiche di genere,**

**Volontariato, Servizio civile e Immigrazione**

Viale Europa

**88100 Catanzaro**

|  |
| --- |
| **Oggetto:** **Avviso pubblico regionale per il finanziamento di progetti per la realizzazione delle azioni di formazione al personale sanitario e sociosanitario dei presidi di emergenza e dei Pronto soccorso previste al paragrafo 4 del Piano d’azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere, di cui all’art. 5 del decreto-legge 14 agosto 2013, n.93**” |

Ai sensi degli articoli 46 e 47 T.U. DPR n° 445/2000 e successive modificazioni e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 del medesimo nel caso di dichiarazioni mendaci:

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PV ( ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_In qualità di Direttore Generale/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Azienda Sanitaria Provinciale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* Presa visione del progetto formativo elaborato dal Soggetto proponente:

(indicare il nominativo)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Condividendo le finalità e le modalità operative

**DICHIARA**

di aderire al progetto sopra indicato e di rendersi disponibile a contribuire alla realizzazione dello stesso provvedendo a fornire l’elenco nominativo dei soggetti da formare, tra le professionalità indicate dall’avviso pubblico e in servizio presso le strutture sanitarie dipendenti da questa ASP, favorendo la partecipazione e la frequenza dei corsi.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma e timbro

Il legale Rappresentante[[1]](#footnote-1)

1. Allegare copia di un documento di riconoscimento in corso di validità. [↑](#footnote-ref-1)