

**Domanda per il rilascio della certificazione dei requisiti di idoneità
al fine di operare nelle reti pubbliche o private accreditate dedicate alle cure palliative
in attuazione del decreto del Ministero della Salute 30 giugno 2021**

Al dirigente
della P.F. Risorse umane e formazione
Regione Marche

Il/La sottoscritto/a

CHIEDE

il rilascio della certificazione dei requisiti di idoneità per operare nelle reti pubbliche o private accreditate dedicate alle cure palliative in attuazione ai sensi del decreto del Ministero della Salute 30 giugno 2021

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere e false in atti previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere prevista dall'art. 75 del medesimo decreto, secondo quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del decreto in parola in materia di dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà,

DICHIARA

1. di essere nato/a a prov. il
2. di essere residente a prov. in via/piazza
..... n. e domiciliato a
prov. in via/piazza n.;
3. di avere il seguente codice fiscale:.....;
4. di aver conseguito il diploma di laurea magistrale o diploma di laurea vecchio ordinamento in
..... il, rilasciato da
5. di aver conseguito il diploma di specializzazione in
il, rilasciato da
6. di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di
7. di essere stato in servizio al 31 dicembre 2020 presso,
facente parte della rete delle cure palliative della Regione Marche;
8. di aver esercitato l'attività professionale di
 alle dipendenze da
 per conto di
dal al

Il/La sottoscritto/a, inoltre,

DICHIARA

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione inerente i fatti, gli stati e le qualità personali oggetto delle dichiarazioni rese;
- di ricevere le comunicazioni relative al presente procedimento ai seguenti recapiti:
Posta Elettronica Certificata;
Posta Elettronica Ordinaria;
telefono cellulare;
- di impegnarsi a comunicare l'eventuale variazione dell'indirizzo al quale devono essere inviate eventuali comunicazioni sollevando la Regione Marche da ogni responsabilità per eventuali disguidi imputabili all'omessa comunicazione;

Allega alla domanda:

- a) un documento di riconoscimento in corso di validità in formato pdf;
- b) dichiarazione del direttore sanitario o del legale rappresentante dell'ente del Terzo settore concernente l'esperienza nel campo delle cure palliative [*cfr. punto 5 della procedura, lett. b) e ultimo paragrafo*];
- c) dichiarazione del direttore sanitario o del legale rappresentante dell'ente del Terzo settore concernente la consistenza e la casistica dell'attività professionale [*cfr. punto 5 della procedura, lett. c) e ultimo paragrafo*];
- d) la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sull'acquisizione di specifica formazione in cure palliative [*punto 5 della procedura, lett. d)*].

Luogo, data

Firma