

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ISCRIZIONE NELL'ELENCO
ESPERTI DI SETTORE ECONOMICO PROFESSIONALE**

*Spett.le Regione Campania – Direzione Generale
per la Formazione, l'Istruzione, il Lavoro e le Politiche Giovanili - DG11*

PEC: scrivere@pec.regione.campania.it

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
(artt. 46 e 47 D.P.R. n.445/2000)**

Il/La sottoscritto/a MARCO RANNO__nato/a NAPOLI il 13/08/1976 Prov. (NAPOLI)
Codice fiscaleRNNMRC76M13F839E residente nel Comune di VILLARICCA Prov. NAPOLI,
indirizzo VIA DELLA LIBERTA N°320 tel. Cell 3931910478 _____ Posta
Elettronica Certificata (PEC) siemergenze@pec.it (presso cui elegge domicilio) identificato/a con Documento
di riconoscimento n. _AX7905540__rilasciato da COMUNE DI VILLARICCA in data 10/06/2016, allegato in
copia alla presente.

PRESENTA

la propria Manifestazione di Interesse per l'iscrizione nell'Elenco degli Esperti di Settore Economico
Professionale (SEP) di cui agli artt. 3 e 5 della Deliberazione di G.R. 449 del 12/07/2017 (B.U.R.C. n.62 del
07/08/2017 per il Titolo/Qualificazione/Idoneità riferito/i a (massimale pari a cinque):

N. PROGR.	DENOMINAZIONE S.E.P. / A.E.P.	DENOMINAZIONE QUALIFICAZIONE / IDONEITA'
1	SEP_22_SERVIZI SOCIO-SANITARI	Operatore Socio Sanitario
2	SEP_22_SERVIZI SOCIO-SANITARI	Operatore Socio Sanitario con formazione complementare (OSSS)
3		
4		
5		

Ai fini dell'erogazione dell'attività, si richiede di operare presso le Province del territorio regionale, come
segue (barrare la/e casella/e di proprio interesse - in caso si intenda operare sull'intero territorio regionale,
barrare le caselle relative alle 5 Province):

- ☒ AVELLINO
- ☒ BENEVENTO
- ☒ CASERTA
- ☒ NAPOLI
- ☒ SALERNO

A tal uopo, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di
atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.445/2000

DICHIARA DI

- a. essere in possesso di coerente esperienza formativa e professionale nello specifico Titolo/Qualificazione/Idoneità di riferimento, pari ad almeno cinque (5) anni di esperienza esercitata anche non continuativamente negli ultimi dieci (10) anni;
- b. aver ricoperto o supervisionato ruoli professionali riconducibili ad uno o più percorsi formativi coerenti e svolto o supervisionato le attività che esse prevedono;
- c. possedere un livello di professionalità EQF almeno pari al Titolo/Qualificazione/Idoneità da valutare e coerente ai contenuti curriculari e professionali oggetto di valutazione;
- d. essere in possesso, se del caso, dell'Attestato di Validazione dell'Ordine professionale / Associazione categoria o del Dirigente di Pubblica Amministrazione necessario a ricoprire il ruolo;
- e. non trovarsi nelle situazioni prescritte dalla lett. a) alla lettera f), comma 1, art.7 del D.Lgs. 31 dicembre 2012 n.235 (ex art.7 – Incompatibilità – DGR 449/2017);
- f. non trovarsi in situazioni di incompatibilità o conflitto di interesse che ostino, ai sensi della normativa vigente, all'espletamento dell'incarico anzidetto (ex art.7 – Incompatibilità – DGR 449/2017);
- g. essere disposto a frequentare percorsi/seminari formativi presso le sedi istituzionali rese disponibili da Regione Campania – DG 11;
- h. accettare senza condizione o riserva alcuna tutte le norme e disposizioni contenute nell'Avviso;
- i. non avere riportato condanne penali e non avere procedimenti penali pendenti;
- j. non aver subito condanne con sentenze passate in giudicato, per qualsiasi reato che incida sulla propria moralità professionale, o per delitti finanziari;
- k. non essere mai incorso in provvedimenti che comportano l'incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione;
- l. essere informato, ai sensi della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si allega alla presente:

- 1. Allegato C "Esperto di S.E.P._CV Europass";
- 2. Allegato D "Esperto di S.E.P._Validazione Ordine professionale_Associazione categoria_Dirigente";
- 3. Fotocopia del Documento di Identità in corso di validità;
- 4. Fotocopia della Tessera Sanitaria in corso di validità riportante il Codice fiscale.

Il/La sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n.196/2003 e ss.mm.ii.

W. A. P. U. li, 22/05/18

Il/La Dichiarante

