

**ISTANZA DI ISCRIZIONE NELL'ELENCO DI TERAPISTI DELLA NEUROPSICOMOTRICITÀ
DELL'ETÀ EVOLUTIVA DI AMOS S.C.R.L.**

Il sottoscritto _____

nato a _____

il _____, residente in _____

Via _____ n. _____

C.F. _____ P.IVA _____

in qualità di: Libero professionista Titolare dello studio associato _____

i cui componenti sono _____

studio associato in _____

Via _____ n. _____

tel. _____ fax _____

E-mail _____ PEC _____

 in nome e per conto proprio in nome e per conto proprio e dello studio associato _____**Fa istanza**

di iscrizione nell'Elenco di terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva di AMOS S.C.R.L. per il conferimento di incarichi a terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i., e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. citato per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Dichiara

- di aver preso visione dell'Avviso relativo alla manifestazione di interesse per l'inserimento in Elenco di terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva pubblicato in forma integrale sul sito ufficiale di AMOS S.C.R.L.;
- di essere in possesso della patente di guida di categoria B;



- di non trovarsi in stato di incompatibilità AMOS S.C.R.L. né avere cause ostative a contrarre con la P.A.;
- di non essere risultato destinatario di una sentenza di condanna, con sentenza passata in giudicato ovvero con sentenza di applicazione della pena su richiesta formulata ai sensi dell'art. 444 c.p.p. per qualsiasi reato che incida sulla moralità professionale o per i delitti finanziari o partecipazione ad organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio di proventi da attività illecita;
- di non aver commesso errore grave, accertato con qualsiasi mezzo di prova, nell'esercizio della propria attività;
- di non aver subito sanzioni disciplinari dall'ordine di appartenenza in relazione all'esercizio della propria attività professionale;
- di non essersi reso gravemente colpevole di false dichiarazioni;
- di non trovarsi nelle condizioni di esclusione previste di cui al Decreto Legislativo n. 159 del 6 settembre 2011 e s.m.i.(c.d. normativa antimafia);
- di essere a piena conoscenza ed accettare che l'iscrizione nell'Elenco di terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva di AMOS S.C.R.L. non comporta alcun diritto ad essere affidatario di incarico da parte di AMOS S.C.R.L.;
- di essere disponibile ad accettare incarichi da parte di AMOS S.C.R.L.

Si allegano:

- Copia documento d'identità in corso di validità;
- *Curriculum/curricula vitae*.

In caso di Studi associati dovrà essere redatta una breve relazione sull'attività dello studio stesso allegando i *curricula vitae*, redatti e sottoscritti nei termini sopra indicati da ogni singolo professionista associato.

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2006

Data

Firma Professionista/Titolare Studio Associato