FAC-SIMILE

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE**

Io sottoscritto\a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato\a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto\a all’Ordine Assistenti Sociali Campania dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. iscrizione\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiaro:**

1. di avere età anagrafica non superiore ai 35 anni al termine di scadenza della presente selezione;

2. di essere iscritto all’Albo A dell’Ordine Assistenti Sociali della Regione Campania e di essere in possesso di laurea magistrale LM – 87 o precedenti;

3. di essere in regola con il pagamento delle quote di iscrizione all’Albo;

4. di aver ottemperato all’adempimento dell’obbligo formativo ai sensi dell’art.7 del DPR 137/2012, dell’art.54 del Codice Deontologico e dei vigenti regolamenti per la formazione e del CNOAS e del CROAS;

5. di essere titolare di una casella di posta elettronica certificata (PEC) personale ai sensi D.l.gs.185/2008 per gli iscritti ad ordini professionali;

6. di non avere procedimenti innanzi al CTD;

7. di non essere occupato a qualsiasi titolo;

8. di non essere assegnatario di borse di studio;

9. di essere residente in Campania;

10. di non essere attualmente componente del Consiglio Regionale dell’Ordine o del Consiglio Territoriale di Disciplina

11. di non avere procedimenti penali pendenti;

12. di non avere rapporti di parentela o affinità entro il 4° grado o di coniugio, con altro assistente sociale eletto nel rispettivo Consiglio Regionale dell’Ordine o Consiglio Territoriale di Disciplina.

13. qualora ammesso, di impegnarmi a seguire il corso e a fornire, a completamento dello stesso, la disponibilità alla collaborazione con il CROAS Campania per trasmettere agli iscritti interessati le conoscenze acquisite in collaborazione con la competente Commissione Formazione.

Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

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