



FEDERAZIONE 3° SETTORE



A.D.O.N.P.
Associazione Dirigenti Sanità

DOCUMENTO INFORMATICO "PDF"

Al Comitato Elettorale

di _____

____ I ____ sottoscritt _____

nat ____ a _____ il ____ / ____ / ____ e residente a _____

in via/P.zza _____

n. _____ CAP _____ Codice Fiscale _____

indirizzo mail _____

in servizio presso _____

con la qualifica di _____

COMUNICA

la propria disponibilità alla candidatura per entrare a far parte della Rappresentanza Locale ADONP presso l'Amministrazione di appartenenza. Il sottoscritto, essendo a conoscenza del vigente "Codice Deontologico e di Buona Condotta" di cui ha preso visione consultando la documentazione disponibile sul Sito Internet <http://www.adonp.it> nell'area "Codice Etico", sotto la propria responsabilità

DICHIARA¹

Di non essere in condizioni di incompatibilità in quanto in esso contenuto ed in particolar modo in quanto previsto dall'art. 5 in tutte le sue specificazioni. Si allega copia del documento d'identità in corso di validità.

Data ____ / ____ / ____

In Fede _____

¹ Dichiarazione in riferimento al DPR 28 Dicembre 2000, n. 445