

Regione Lombardia  
 Direzione Generale Welfare  
 UO Innovazione e Sviluppo  
 P.zza Città di Lombardia, 1  
 20124 - MILANO



**ISTANZA DI RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE DELL'ESPERIENZA PROFESSIONALE TRIENNALE SVOLTA NELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE**

Il/La sottoscritto/a .....

CF ..... nato/a il .....

a ..... (Prov. ....)

residente a ..... (Prov. ....)

in via ..... n. ....

tel..... cell. ....

mail .....

pec.....

**CHIEDE**

**IL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE DELL'ESPERIENZA PROFESSIONALE SVOLTA NELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE AI SENSI DELLA L.27 DICEMBRE 2013, N.147 ART.1, COMMA 425 E SUCCESSIVO DM 4/6/2015**

- Al fine del rilascio della certificazione richiesta, il sottoscritto allega:
  - **stato di servizio** rilasciato dal Rappresentante Legale della struttura in cui era in servizio al 1 gennaio 2014, ovvero dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dell'interessato (All. 1/a);
  - **attestazione dell'esperienza professionale** a firma del Direttore Sanitario di ciascuna struttura pubblica o privata accreditata della rete di cure palliative nella quale ha svolto la propria attività (All. 1/b).
- In caso di spedizione tramite PEC il pagamento della marca da bollo sarà ritenuto assolto mediante:
  1. Apposizione della marca da bollo sul frontespizio della domanda;
  2. Annullamento della marca da bollo;
  3. Scannerizzazione in formato pdf del modulo di domanda debitamente compilato e sottoscritto dall'istante dal quale si evinca l'avvenuto annullamento della marca da bollo.
- allega fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- indica quale recapito per ogni comunicazione (compilare solo nel caso di recapito diverso dalla residenza).....

Data.....

Il dichiarante

.....

INFORMATIVA AI SENSI ART.13 DEL D.LGS.196/2003

*Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 si forniscono le seguenti indicazioni:*

1. **Finalità del trattamento**: i dati forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale è stata presentata la documentazione;
2. **Modalità del trattamento** : il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
3. **Titolare** : titolare del trattamento è la Giunta Regionale della Regione Lombardia nella persona del suo legale rappresentante con sede in piazza Città di Lombardia 1 Milano
4. **Responsabile del trattamento** è il Direttore Generale pro tempore della DG Welfare;
5. **Diritti dell'interessato** : in ogni momento lei potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 e 8 del decreto legislativo 196/2003 e secondo le modalità di cui al decreto del Segretario Generale n.10312/2014 "Policy di accesso ai dati personali"

---

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma, purché presentata unitamente a copia fotostatica del Documento d'identità, e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi.