

MODULO DI CANDIDATURA

INSERIRE FOTO DEL
CANDIDATO

Spettabile Presidente

Avis Comunale di _____

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato/a il ___/___/_____ e residente a _____ - (___) al seguente

indirizzo _____ nr. _____

tel./cell. _____ e-mail _____

socio donatore o socio collaboratore di codesta Avis Comunale, con tessera nr. _____

Presenta la propria candidatura per il quadriennio 2025-2028 nel/i seguente/i organo/i sociale/i:

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| AVIS Comunale di appartenenza: | <input type="checkbox"/> Consiglio Direttivo | <input type="checkbox"/> Addetto Contabile |
| AVIS Provinciale di Treviso: | <input type="checkbox"/> Consiglio Direttivo | <input type="checkbox"/> Addetto Contabile |
| | <input type="checkbox"/> Organo di Controllo | |
| AVIS Regionale del Veneto: | <input type="checkbox"/> Consiglio Direttivo | <input type="checkbox"/> Addetto Contabile |
| | <input type="checkbox"/> Organo di Controllo | <input type="checkbox"/> Collegio dei Probiviri |
| AVIS Nazionale: | <input type="checkbox"/> Consiglio Direttivo | <input type="checkbox"/> Addetto Contabile |
| | <input type="checkbox"/> Organo di Controllo | <input type="checkbox"/> Collegio dei Probiviri |
| | <input type="checkbox"/> Giuri Nazionale | |

Barrare al massimo una sola casella per ogni livello di Avis

(data) _____

(firma) _____

INFORMATIVA sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

La informiamo che l'Avis comunale, titolare del trattamento, tratterà i suoi dati personali per consentire l'espletamento del mandato, per finalità istituzionali e amministrativo-contabili (anche rendendo pubblici sia on line sia in altre sedi la notizia relativa all'incarico ricoperto) e per eventuali finalità difensive dell'Associazione, anche con modalità elettroniche e/o automatizzate e per il solo tempo necessario ai fini predetti, a mezzo di incaricati e responsabili del trattamento appartenenti alle categorie degli amministrativi, dei contabili, e di altre cariche istituzionali dell'Associazione. L'interessato dichiara di essere a conoscenza che il conferimento dei dati è necessario per potere presentare la candidatura e nella successiva accettazione dell'incarico. L'interessato ha il diritto, in qualunque momento, di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei suoi dati e di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione o l'aggiornamento, oppure la rettificazione; chiederne la cancellazione, richiedere la limitazione del trattamento o opporsi allo stesso, richiedere la portabilità dei dati (capo III del Regolamento UE 2016/679); nonché, di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, di opporsi in ogni caso al loro trattamento, per motivi legittimi, e di proporre reclamo all'Autorità di Controllo (Garante per la Protezione dei Dati personali). Le richieste vanno rivolte all'indirizzo fisico o e-mail del Titolare del trattamento.

(data) _____

(firma) _____

DICHIARAZIONE sostitutiva del Certificato del Casellario giudiziale e dei carichi pendenti.

Dichiarazione di presa visione ed accettazione delle norme associative che disciplinano le incompatibilità

__ sottoscritt _____ nato a _____ il
_____ residente nel Comune di _____ Provincia _____ Stato
_____ Via/Piazza _____ Codice Fiscale
_____ nella sua qualità di _____
dell'(**Avis Regionale, Provinciale, Comunale**) con sede nel Comune di _____
in via/viale/piazza _____ C.F. _____

consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'articolo 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di servizi,

d i c h i a r a

che dal certificato generale del casellario giudiziale della Procura della Repubblica presso il Tribunale di _____ risulta a proprio carico:

NULLA

oppure: _____

che dal **certificato dei carichi pendenti** presso la Procura della Repubblica presso il Tribunale di _____ risulta a proprio carico:

NULLA

oppure: _____

Inoltre autocertifico e assumo impegno:

- che non è mai stata pronunciata, nei confronti del sottoscritto, sentenza di condanna passata in giudicato, ovvero di sentenze di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'art. 444 del codice di procedura penale per qualsiasi reato che incida sulla affidabilità morale e professionale;
- che nei confronti del sottoscritto non è pendente procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'art. 3 della Legge 27.12.1956, n. 1423;
- di aver preso attentamente visione di quanto disposto dall'art. 15 c. 5 dello Statuto Regionale nonché dagli articoli 8 c. 7 --21 c. 2-3-4 e 27. 3 del Regolamento Nazionale

- d) di impegnarsi, ove eletto, a rimuovere le eventuali situazioni di incompatibilità di cui al comma precedente
- e) a comunicare tempestivamente al Presidente ed alla Segreteria di competenza eventuali situazioni di incompatibilità che dovessero presentarsi nel corso del mandato

(luogo e data)

(firma del dichiarante)

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(firma del dichiarante)

Allegati: copia di un documento d'identità, in corso di validità, del dichiarante.

AUTOCERTIFICAZIONE ANTIMAFIA PERSONE FISICHE

(Art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

NON SOGGETTA AD AUTENTICAZIONE- ESENTE DA BOLLO (d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, art. 37, c.1)

Il /La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ residente in _____

Via/Piazza _____ codice fiscale _____;

consapevole che le dichiarazioni mendaci, la formazione e l'uso di atti falsi o l'esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità sono puniti ai sensi delle norme codice penale (e delle leggi speciali in materia) richiamate dall'art. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 ferma restando, a norma del disposto dell'art. 75, dello stesso D.P.R. n. 445/2000, nel caso di dichiarazione non veritiera, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti e sotto la propria personale responsabilità

ATTESTA E DICHIARA

a) Che, ai sensi della vigente normativa antimafia, nei propri confronti non sussistono cause di divieto, di decadenza o di sospensione indicate nell'allegato 1 al Decreto legislativo 8 agosto 1994 n. 490 con riferimento all'art.10 della legge 31 maggio 1965 n.575 -e successive modifiche e integrazioni-;

b) di non essere a conoscenza dell'esistenza di cause di divieto, di decadenza o di sospensione indicate dall'art.10 della legge 31 maggio 1965 n.575 e successive modifiche e integrazioni, nei confronti dei propri conviventi nominativamente elencati:

1° _____ nato a _____ il _____
2° _____ nato a _____ il _____
3° _____ nato a _____ il _____
4° _____ nato a _____ il _____
5° _____ nato a _____ il _____

Dichiaro di avere n° _____ (o nessuna) person__ convivent__

_____, li _____

IL/LA DICHIARANTE

- o La mancata accettazione della presente dichiarazione sostitutiva costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 3 comma 4, legge 127/97)
- o Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. E' ammessa la presentazione anche via fax, per via telematica o mezzo posta