



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE RICERCATORE
(ART. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)**

Il/La sottoscritto/a

nato/a a.....prov. di..... il.....

e residente a(Prov.....)

in Via.....(Cap.....)

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000,

DICHIARA

1) di essere iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di

2) di non essere mai stato/a coinvolto/a in atti di corruzione, o condotte scorrette simili, ricevendo condanne, sanzioni o esclusioni da procedure per corruzione

OPPURE

di aver riportato la seguente condanna
emessa dalin data.....

OPPURE

di avere in corso i seguenti procedimenti penali pendenti.....
.....;

3) di non essere inserito/a in liste pubbliche di esclusione di professionisti che hanno limitazioni o divieti di partecipare ad appalti/collaborazioni di enti pubblici o governativi stilati da governi nazionali o locali o da istituzioni multilaterali, come la banca mondiale;

4) di godere dei diritti politici;

5) di non avere un grado di coniugio, parentela o affinità, fino al secondo grado compreso, con un componente dell'Organo politico dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma, con il Direttore Scientifico del CECRI, con il Coordinatore Scientifico del CECRI, con uno o più dei Direttori dei Poli del CECRI o con uno dei Revisori ricompresi nell'elenco disponibile nell'Albo Valutatori al seguente link <https://www.centrodiexcellenza.eu/ricerca/albo-valutatori/>

In caso di risposta positiva indicare a seguire il nominativo delle persona che svolge una delle funzioni sopra richiamate con la quale si ha un grado di coniugio, parentela o affinità, fino al secondo grado compreso:

.....

6) di essere impegnato contemporaneamente in più di un progetto di ricerca e ad ogni buon fine se ne riporta a seguire il/i titolo/i e l'ente finanziatore:

.....
.....
.....
.....





Ordine delle Professioni Infermieristiche – Roma

7) di beneficiare di altri finanziamenti per lo stesso tema di ricerca proposto da parte del/dei seguente/i enti finanziatori:

.....
.....

8) di aver completato progetti presentati negli anni precedenti o di aver rendicontato correttamente i progetti finanziati precedentemente presentati

OPPURE

di NON aver completato progetti presentati negli anni precedenti o di NON aver rendicontato correttamente i progetti finanziati precedentemente presentati che si riportano a seguire:

.....
.....

9) di voler trasferire il finanziamento o una quota dello stesso al proprio Ateneo o Dipartimento di Ateneo o Istituzione riconducibile alla professione infermieristica al fine di usufruire del supporto logistico e strutturale in grado di meglio garantire l'efficacia del processo di ricerca. Si riporta a seguire l'Ateneo o il Dipartimento di Ateneo o l'Istituzione riconducibile alla professione infermieristica a cui si fa riferimento e il/i nominativo/i di un/dei referente/i dello stesso/a:

.....
.....
.....

OPPURE

di acquisire direttamente, attraverso il o quale Responsabile Scientifico del progetto di ricerca, il finanziamento disposto dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196, modificato dal Decreto Legislativo 101 del 10 agosto 2018 e del GDPR 2016/679 – Regolamento Europeo sulla Protezione Dati, per gli adempimenti connessi alla presente dichiarazione.

Data Firma.....

(non soggetta ad autentica ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma competente a mezzo mail).



Ordine delle Professioni Infermieristiche di ROMA

Viale degli Ammiragli, 67 sc. B, Il piano - 00136 Roma - TEL. +39.0637511597 - FAX +39.0645437034

Codice Fiscale: 80195030582 - Sito web: opi.roma.it - Email: ordine@opi.roma.it - pec: roma@cert.ordine-opi.it

Orario Ufficio: Lunedì e Giovedì (8:30 - 12:30 / 14:30 - 17:00) - Martedì, Mercoledì e Venerdì (8:30 - 12:30)

M8.2.3 M