

FAC-SIMILE DI DOMANDA DA TRASCRIVERE IN CARTA SEMPLICE

**SI RACCOMANDA LA PUNTUALE COMPILAZIONE DI OGNI PUNTO SOTTO
RIPORTATO. EVENTUALI OMISSIONI O PARZIALI COMPILAZIONI POTRANNO
DETERMINARE L'ESCLUSIONE O L'AMMISSIONE CON RISERVA**

Egr. Signor
Direttore Generale
AREU

Il sottoscritto chiede di essere ammesso all'Avviso pubblico di manifestazione di interesse per il conferimento di n. 1 (uno) incarico Libero Professionale, per 12 mesi, in qualità di Medico nella Disciplina di Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica

A tal fine dichiara:

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA _____

LUOGO DI NASCITA _____

RECAPITO CUI INDIRIZZARE LE COMUNICAZIONI RELATIVE AL PRESENTE AVVISO:

via _____ n. _____

località _____ C.A.P. _____

comune _____ prov. _____

telefono _____ indirizzo mail _____

DI ESSERE CITTADINO ITALIANO;

ovvero di avere la seguente cittadinanza _____;

(N.B.: i cittadini extracomunitari devono anche allegare il regolare permesso di soggiorno)

DI ESSERE ISCRITTO NELLE LISTE ELETTORALI DEL COMUNE DI _____;

ovvero di non essere iscritto per i seguenti motivi _____;

DI NON AVER, A TUTT'OGGI, RIPORTATO CONDANNE PENALI;

ovvero (specificare condanne penali riportate) _____;

TITOLO DI STUDIO: _____

conseguito in data _____ voto _____

presso _____

DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE NELLA DISCIPLINA DI _____

per i titoli di studio stranieri: equipollente al seguente titolo di studio italiano _____;

conseguito con la borsa di studio **SI** **NO** per la durata di anni _____
in data _____ con voti _____
presso _____

ISCRIZIONE ALL'ALBO DELL'ORDINE _____ PROVINCIA _____
DAL _____ N. _____;

di aver preso visione del relativo avviso pubblico e di sottostare a tutte le condizioni in esso stabilite ed alle norme tutte di legge e dei regolamenti interni ed eventuali successive modifiche degli stessi.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, attesta che le dichiarazioni di cui sopra si intendono rese ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000.

Data, _____

Firma

Documentazione da allegare o autocertificare nei modi previsti dalla legge:

- laurea in Medicina e Chirurgia;
- specializzazione nella disciplina di Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica o equipollente;
- iscrizione all'albo dell'ordine dei medici-chirurghi;

Documentazione da allegare:

- documentata esperienza professionale maturata
- curriculum formativo e professionale, datato e firmato, redatto in carta semplice;
- copia carta d'identità in corso di validità.