

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO-PROFESSIONALI A MEDICI PER PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE ECOGRAFICHE

Al Direttore Generale
dell'Azienda di Servizi alla Persona
"GOLGI-REDAELLI"
c/o Ufficio Protocollo
Via B. D'Alviano, 78
20146 MILANO

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome)
nato/a il _____ a _____ prov. _____
(giorno mese anno)
residente a _____ via _____ n. _____
con recapito in _____ n. _____
(via o piazza)
città _____ prov. _____ cap. _____
recapiti telefonici _____ e-mail _____
codice fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla procedura comparativa per il conferimento di incarichi libero professionali a

MEDICI ECOGRAFISTI

presso le seguenti sedi di lavoro (indicare la preferenza per la sede di lavoro) per lo svolgimento delle prestazioni sotto indicate:

- n. 240 ore/anno per ecografie internistiche - presso l'Istituto Geriatrico "P. Redaelli" in Via Bartolomeo D'Alviano n. 78 Milano
- n. 70 ore/anno per ecografie vascolari - presso l'Istituto Geriatrico "P. Redaelli" in via B. D'Alviano n. 78 Milano
- n. 80 ore/anno per ecografie vascolari – presso l'Istituto Geriatrico "C. Golgi" in piazza E. Samek Lodovici n. 5 Abbiategrasso (MI)
- n. 130 ore/anno per ecografie internistiche – presso l'Istituto "P. Redaelli" in via G. Leopardi n. 3 Vimodrone (MI)
- n. 130 ore/anno per ecografie vascolari – presso l'Istituto "P. Redaelli" in via G. Leopardi n. 3 Vimodrone (MI)

A tal fine certifica, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR 28.12.2000 n. 445 (*le dichiarazioni, per essere considerate valide, dovranno essere confermate apponendo una X nei relativi quadratini e completate dei dati mancanti*) i dati anagrafici sopra indicati che i seguenti:

- di essere in possesso della cittadinanza italiana, fatte salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea: _____
- di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguita nell'anno _____ con la votazione di _____ presso _____
- di essere iscritto/a all'albo professionale di _____ dal _____
n. _____

di essere in possesso dei seguenti titoli attestanti percorso formativo in diagnostica per immagini – ecografia:

_____ conseguito nell'anno _____
presso _____

_____ conseguito nell'anno _____
presso _____

ovvero

di essere in possesso di esperienza professionale, almeno triennale, quale medico ecografista nell'esecuzione delle indagini diagnostiche richieste dall'avviso (documentata nel curriculum professionale e formativo)

di essere in possesso della specializzazione attinente alle prestazioni diagnostiche richieste (chirurgia vascolare o medicina interna) _____
(indicare quale)

di essere in possesso del decreto di equipollenza del titolo di studio/professionale conseguito all'estero

di essere in possesso del permesso di soggiorno (o altra idonea documentazione rilasciata dalle autorità competenti) per cittadini extracomunitari

di avere adeguata conoscenza della lingua italiana

di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso

di aver riportato le seguenti condanne penali

 di avere i seguenti procedimenti penali in corso

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione e di accettare tutte le indicazioni contenute nell'avviso in merito all'oggetto dell'incarico, alla gestione della procedura ed agli adempimenti conseguenti.

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali esclusivamente ai fini dell'espletamento della procedura ed ai relativi adempimenti successivi, nel rispetto delle vigenti norme in materia (Regolamento UE n. 679/2016 e del D. Lgs. 196/2003).

Con osservanza.

(luogo e data)

FIRMA LEGGIBILE

Allegare alla presente domanda esclusivamente:

- **fotocopia del documento d'identità**
- **curriculum formativo e professionale datato e firmato, redatto sotto forma di autocertificazione ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000**
- **decreto di equipollenza del titolo di studio/professionale conseguito all'estero**

