

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO A MEDICI SPECIALISTI

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 SPECIALISTI

per lo svolgimento delle prestazioni sotto indicate (indicare la/le preferenza/e barrando con la X), alle condizioni economiche indicate nell'avviso:

	specializzazione/tipologia di prestazioni	n. ore/anno	Sede di lavoro
	chirurgia generale	10	Istituto Geriatrico "P. Redaelli" di Milano
	chirurgia vascolare	20	Istituto Geriatrico "P. Redaelli" di Milano
	dermatologia	40	Istituto Geriatrico "P. Redaelli" di Milano
	dermatologia	20	Istituto Geriatrico "P. Redaelli" di Vimodrone
	ginecologia	15	Istituto Geriatrico "P. Redaelli" di Milano
	ginecologia	15	Istituto Geriatrico "P. Redaelli" di Vimodrone
	neurofisiopatologia clinica ed esami elettromiografici	200	Istituto Geriatrico "P. Redaelli" di Milano
	oculistica	50	Istituto Geriatrico "P. Redaelli" di Milano
	oculistica	40	Istituto Geriatrico "P. Redaelli" di Vimodrone
	otorinolaringoiatria	120	Istituto Geriatrico "P. Redaelli" di Milano
	psichiatria	60	Istituto Geriatrico "P. Redaelli" di Milano
	psichiatria	30	Istituto Geriatrico "P. Redaelli" di Vimodrone
	urologia	40	Istituto Geriatrico "P. Redaelli" di Milano
	urologia	25	Istituto Geriatrico "P. Redaelli" di Vimodrone

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 della specializzazione in _____, conseguita
nell'anno _____ con la votazione di _____ presso _____

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 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 (fronte e retro)**
- **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**