

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO-PROFESSIONALI A MEDICI SPECIALIZZATI IN MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

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 SPECIALIZZATI IN MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

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

- n. 1200 ore/anno - presso l'Istituto Geriatrico "P. Redaelli" in Via G. Leopardi n. 3 – Vimodrone (MI)
- n. 800 ore/anno - presso l'Istituto Geriatrico "P. Redaelli" in Via G. Leopardi n. 3 – Vimodrone (MI)
- n. 1200 ore/anno – presso l'Istituto Geriatrico "C. Golgi" in piazza E. Samek Lodovici n. 5 Abbiategrasso (MI)
- n. 600 ore/anno - presso l'Istituto Geriatrico C. Golgi" in piazza E. Samek Lodovici n. 5 Abbiategrasso (MI)
- n. 400 ore/anno - presso l'Istituto Geriatrico C. Golgi" in piazza E. Samek Lodovici n. 5 Abbiategrasso (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 e 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 Medicina Fisica e Riabilitazione, 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**