

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO DI LAVORO AUTONOMO PER PRESTAZIONI IN QUALITA' DI MEDICO SPECIALIZZATO IN NEUROFISIOPATOLOGIA CLINICA.**

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 n. 1 incarico libero professionale a

**MEDICO SPECIALIZZATO IN NEUROFISIOPATOLOGIA CLINICA**

per lo svolgimento delle prestazioni sotto indicate:

- per n. 200 ore/anno presso l'Istituto Geriatrico "P. Redaelli" - in Via Bartolomeo D'Alviano n. 78 Milano

\*\*\*\*\*

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 o cittadinanza di uno stato extra europeo in possesso dei requisiti di regolarità per il soggiorno in Italia (permesso di soggiorno)
- 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

---

di essere in possesso della Laurea in Medicina Chirurgia conseguita/o nell'anno \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

di essere iscritto/a all'albo professionale di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_

di essere in possesso della specializzazione in Neurofisiopatologia clinica conseguita/o nell'anno \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

di essere in possesso di esperienza professionale nell'esecuzione di esami elettromiografici

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

di avere adeguata conoscenza della lingua italiana

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**