

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO DI LAVORO AUTONOMO PER PRESTAZIONI IN QUALITA' DI MEDICO SPECIALIZZATO IN ANESTESIA, RIANIMAZIONE, TERAPIA INTENSIVA E DEL DOLORE.

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 ANESTESIA, RIANIMAZIONE, TERAPIA INTENSIVA E DEL DOLORE.

per lo svolgimento delle prestazioni sotto indicate:

- per n. 1.000 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 Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva e del dolore 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 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**