

Al Direttore Generale
dell'ASST di Crema
Largo Ugo Dossena, 2
26013 CREMA (CR)

Il/La sottoscritto/a LUCIGNANO GABRIELLA chiede di essere ammesso/a a: "INCARICO LIBERO PROFESSIONALE MEDICO GUARDIA RIVOLTA D'ADDA"

A tal fine, consapevole che in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci decadrà dai benefici eventualmente conseguiti, fatte salve le responsabilità penali, secondo quanto previsto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del suddetto decreto

DICHIARA

Anagrafica

Cognome e nome: LUCIGNANO GABRIELLA
Nato il:
Codice Fiscale:

Documento di riconoscimento

Tipo di documento:
Rilasciato il:

Indirizzo di residenza

Residenza:
Località:

Eventuale indirizzo di recapito

Recapito (presso):
Residenza:
Località:

Contatti

Telefono:
Mail:

Requisiti generici

Cittadinan:
Comune d
Numero n
Condanne
Procedime
Posizione
Destituito/
Necessità
Necessità

Requisiti specifici

Collocato in quiescenza: NO
POSSESSO DI POLIZZA ASSICURATIVA CONTRO GLI INFORTUNI E PER I RISCHI DERIVANTI DALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA': SI
Università (completa di indirizzo) presso cui ha conseguito la laurea in medicina e chirurgia: università degli studi di Catania
Data di conseguimento della laurea: 15/10/2020
Luogo ed numero di iscrizione all'Ordine Professionale: Enna, EN2163
Data di iscrizione all'Ordine Professionale: 29/10/2020

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO

Laurea magistrale: Laurea in Medicina e Chirurgia
conseguito presso Università degli studi di Catania (indirizzo: via santa sofia n°78) nel 2020 (15/10/2020) - durata legale 6 anni

Manifesto il mio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati nel rispetto del GDPR 679/2016 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali) per gli adempimenti connessi alla presente procedura, nonché all'eventuale procedura di assunzione.

Sono consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445/2000, attesta che le dichiarazioni contenute nella presente domanda sono sostitutive di certificazione ai sensi dell'art.46 del D.P.R. 445/2000.

Dichiaro di accettare incondizionatamente tutte le clausole e le condizioni contenute nel bando.

LUOGO E DATA _____

FIRMA _____