

Il/La sottoscritto/a ARANCIO LUISA MARIA HALINA chiede di essere ammesso/a a: "INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER N. 1 MEDICO DI DERMATOLOGIA"

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: ARANCIO LUISA MARIA HALINA
Nato il: 16/02/1974 a VIZZOLO PREDABISSI(MI)
Codice Fiscale: RNCLMR74B56M102A

Documento di riconoscimento

Tipo di documento: Carta d'identità numero AY2262279
Rilasciato il: 24/12/2019 da Comune di Crema scadenza 16/02/2030

Indirizzo di residenza

Residenza: LARGO DELLA PACE, 2
Località: 26013 CREMA (CR)

Contatti

Telefono: 3470043057 Cellulare: 3470043057
Mail: lmhorange@hotmail.com PEC: luisamariahalina.arancio.avin@cr.omceo.it

Requisiti generici

Cittadinanza: Italia
Comune di iscrizione nelle liste elettorali: Crema
Condanne penali riportate: no
Procedimenti penali in corso: no
Posizione rispetto gli obblighi di leva: non tenuto
Destituito/dispensato/licenziato dalla P.A.: no
Necessità di ausili per l'espletamento delle prove: no
Necessità di tempi aggiuntivi per l'espletamento delle prove: no

Requisiti specifici

Collocato in quiescenza: NO
Università (completa di indirizzo) presso cui ha conseguito la laurea in medicina e chirurgia: Università degli Studi di Milano
Data di conseguimento della laurea: 21/10/2002
Luogo ed numero di iscrizione all'Ordine Professionale: Cremona n. 2581
Data di iscrizione all'Ordine Professionale: 09/07/2003
Disciplina in cui ha conseguito la specializzazione: DERMATOLOGIA e VENEREOLOGIA
Università presso cui ha conseguito la specializzazione: Università degli Studi di Milano
Data di conseguimento della specializzazione: Data conseguimento specializzazione - 07/11/2007
Indicare se la specializzazione è stata conseguita ai sensi di uno dei seguenti D.Lgs.: D.Lgs 368/99
Indicare la durata legale in anni del corso di specializzazione: 4

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO

Laurea magistrale: Laurea in Medicina e Chirurgia
conseguito presso Università degli Studi di Milano (indirizzo: via Festa del Perdono 7 Milano) nel 2002 (21/10/2002) - durata legale 6,0 anni
Laurea specialistica: Specializzazione in Dermatologia e Venereologia
conseguito presso Università degli Studi di Milano (indirizzo: via Festa del Perdono 7 Milano) nel 2007 (07/11/2007) - durata legale 4,0 anni
Laurea magistrale: Laurea in Medicina e Chirurgia
conseguito presso Università degli Studi di Milano (indirizzo: via Festa del Perdono 7 Milano) nel 2002 (21/10/2002) - durata legale 6,0 anni

ALTRE ESPERIENZE PRESSO ASL/PA

Dal 01/01/2016 al 12/04/2023
Libero professionista - Qualifica: Medico Specialista - Disciplina: DERMATOLOGIA - n. 12 ore/sett. presso Fondazione IRCCS Ca Granda Ospedale Maggiore Policlinico (indirizzo: Via F. Sforza 28, Milano) (ente pubblico)

Dal 01/02/2014 al 30/07/2014
Libero professionista - Qualifica: Medico Specialista - Disciplina: DERMATOLOGIA - n. 999 ore/sett. presso Azienda ospedaliera SantAntonio Abate di Gallarate (indirizzo: Via Boito 2, 21013 Gallarate) (ente pubblico)

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 degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.

Dichiaro che le copie dei documenti allegati alla presente domanda sono conformi all'originale in mio possesso ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. n. 445/2000.

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

LUOGO E DATA _____

FIRMA _____