

Il/La sottoscritto/a BELLINA VALENTINA chiede di essere ammesso/a a: "INCARICO LIBERO PROFESSIONALE N. 3 UNITA' 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:

BELLINA VALENTINA

Nato il:

08/08/1974 - OMCEOMI

Codice Fiscale:

Documento di riconoscimento

Tipo di documento:

Rilasciato il:

Indirizzo di residenza

Residenza:

Località:

Contatti

Telefono:

Mail:

Requisiti generici

Cittadinanza: Italia

Comune di iscrizione nelle liste elettorali: no

Numero notti al mese: 6

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

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: UNIMI

Data di conseguimento della laurea: 19/03/2004

Luogo ed numero di iscrizione all'Ordine Professionale: OMCEOMI 39254

Data di iscrizione all'Ordine Professionale: 27/09/2004

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO

Laurea magistrale: LAUREA MAGISTRALE MEDICINA E CHIRURGIA

conseguito presso UNIMI (indirizzo: .) nel 2004 (19/03/2004) - durata legale 6 anni - Note: .

Specializzazione: MEDICINA GENERALE CORSO DI FORMAZIONE TRIENNALE

conseguito presso EUPOLIS LOMBARDIA (indirizzo: .) nel 2011 (29/11/2011) - durata legale 3 anni - Note: .

Dottorato di ricerca: DOTTORATO DI RICERCA IN FISILOGIA UMANA

conseguito presso UNIMI (indirizzo: .) nel 2008 (10/01/2008) - durata legale 3 anni - Note: .

ALTRE ESPERIENZE PRESSO ASL/PA

Dal 02/05/2017 al 01/04/2018

Libero professionista - Qualifica: MMG TITOLARE - Disciplina: MMG - n. 999 ore/sett. presso ASST MELEGNANO MARTESANA (indirizzo: .) (ente pubblico)

Dal 01/01/2012 al 31/12/2016

Libero professionista - Qualifica: MMG sostituto - Disciplina: MMG - n. 999 ore/sett. presso ASST MILANO (indirizzo: .) (ente pubblico)

Dal 01/02/2014 al 30/04/2015

Libero professionista - Qualifica: medico PS codici bianchi - Disciplina: medico PS codici bianchi - n. 999 ore/sett. presso ASST MELEGNANO MARTESANA (indirizzo: .) (ente pubblico)

SERVIZI PRESSO PRIVATI, CONVENZIONATI, ACCREDITATI, COOPERATIVE O INTERINALI

Dal 01/12/2015 al 30/04/2017

Libero professionista - Qualifica: Medico PS - Disciplina PS - n. 999 ore/sett. presso Istituto Clinico Humanitas (indirizzo: .) (ente privato convenzionato S.S.N.) - attività prestata presso l'Ente/Ditta stesso .

Dal 01/11/2019 al 07/06/2023

Libero professionista - Qualifica: Medico reparto - Disciplina Medicina - n. 999 ore/sett. presso Casa di Cura Ambrosiana (indirizzo: .) (ente privato convenzionato S.S.N.) - attività prestata presso l'Ente/Ditta stesso

Dal 01/06/2018 al 31/03/2020

Libero professionista - Qualifica: medico servizio cronicità - Disciplina medicina generale - n. 999 ore/sett. presso Istituto Clinico Humanitas (indirizzo: .) (ente privato convenzionato S.S.N.) - attività prestata presso l'Ente/Ditta stesso .

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 _____