

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

Il/La sottoscritto/a PIZZARELLO CLAUDIO chiede di essere ammesso/a a: "INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER N 1 MEDICO CURE PALLIATIVE"

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:

PIZZARELLO CLAUDIO

Nato il:

10/10/1985 - REGIONE CALABRIA/BO

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: Crema

Condanne penali riportate: no

Procedimenti penali in corso: no

Posizione rispetto gli obblighi di leva: non assolti

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: Pisa

Data di conseguimento della laurea: 15/06/2021

Luogo ed numero di iscrizione all'Ordine Professionale: Cremona 3378

Data di iscrizione all'Ordine Professionale: 11/04/2023

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO

Laurea magistrale: Laurea in Medicina e Chirurgia

conseguito presso Università di Pisa (indirizzo: protocollo@pec.unipi.it) nel 2021 (15/06/2021) - durata legale 6 anni

SERVIZI PRESSO PRIVATI, CONVENZIONATI, ACCREDITATI, COOPERATIVE O INTERINALI

Dal 01/11/2022 al 15/04/2023

Libero professionista - Qualifica: Medico - n. 999 ore/sett. presso Fondazione O.P.Ospedale G. Vezzoli ONLUS (indirizzo: info@fondazionevezzoli.it) (ente privato accreditato S.S.N.) - attività prestata presso l'Ente/Ditta stesso

Dal 03/01/2023 al 15/04/2023

Libero professionista - Qualifica: Medico - n. 999 ore/sett. presso Fondazioni Riunite Onlus della Bassa Bresciana Occidentale (indirizzo: info@fondazioniriunite.it) (ente privato accreditato 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 _____