

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di essere ammesso/a a: "INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER MEDICO DI MEDICINA LEGALE-ATTIVITA' MEDICINA NECROSCOPICA"

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: _____

Nato il: _____

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: Orzinuovi

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 Brescia

Data di conseguimento della laurea: 08/03/2022

Luogo ed numero di iscrizione all'Ordine Professionale: Brescia 10738

Data di iscrizione all'Ordine Professionale: 15/03/2022

SERVIZI PRESSO PRIVATI, CONVENZIONATI, ACCREDITATI, COOPERATIVE O INTERINALI

Dal 01/04/2022 al 31/10/2022

Libero professionista - Qualifica: medico di medicina generale - Disciplina medicina generale - n. 36 ore/sett. presso ATS franciacorta (indirizzo: cureprimariefranciacorta@ats-brescia.it) (ente privato accreditato S.S.N.) - attività prestata presso l'Ente/Ditta stesso

DOCENTE/RELATORE A CORSI, CONVEGNI...

Dal 01/04/2022 al 31/12/2022 al corso di formazione

Docente corso di formazione primo soccorso aziendale - Argomento della docenza: primo soccorso aziendale - Ente organizzatore: ako formazione (indirizzo: areaformazione@pec.catformazioneilavoro.it) - N. 40 ore totali di docenza - 0,00 crediti ECM

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 _____