

Il/La sottoscritto/a VISCARRA DE LA TORRE CECILIA EVELINA JOVITA 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:

VISCARRA DE LA TORRE CECILIA EVELINA JOVITA

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:

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: UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES

Data di conseguimento della laurea: 19/01/1994

Luogo ed numero di iscrizione all'Ordine Professionale: BERGAMO N. 6283

Data di iscrizione all'Ordine Professionale: 28/12/2000

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO

Diploma di laurea (vecchio ordinamento): Medico Cirujano

conseguito presso Universidad Mayor de San Andres - Facultad de Medicina (indirizzo: Avenida Saavedra,13) nel 1992 (02/11/1992) - durata legale 5,00 anni

Diploma di laurea (vecchio ordinamento): Medico Chirurgo

conseguito presso Universidad de San Andres - Facultad de Medicina (indirizzo: Avenida Saavedra) nel 1998 (25/07/1998) - durata legale 5,00 anni

SERVIZI PRESSO ASL/PA COME DIPENDENTE

Dal 01/12/2006 al 28/02/2008

Dipendente Medico (disciplina Generico) presso AO Ospedali Riuniti di Bergamo (indirizzo Largo Barozzi, 1) (ente pubblico) - dipendente a tempo determinato - 24 ore sett.

ALTRE ESPERIENZE PRESSO ASL/PA

Dal 01/09/2017 al 31/12/2018

Libero professionista - Qualifica: Medico - Disciplina: Pronto Soccorso - n. 30 ore/sett. presso Ospedale Pesenti Fenaroli Alzano Lombardo (indirizzo: Via G Mazzini, 88) (ente pubblico)

Dal 01/01/2019 al 31/05/2023

Libero professionista - Qualifica: Medico - Disciplina: Pronto Soccorso - n. 30 ore/sett. presso Ospedale Bolognini di Seriate (indirizzo: Via Paderno, 1) (ente pubblico)

Dal 01/01/2016 al 31/05/2023

Libero professionista - Qualifica: Medico - Disciplina: Medico di Guardia - n. 12 ore/sett. presso Ospedale Santa Marta di Rivolta d'Adda (indirizzo: Viale Monte Grappa, 15) (ente pubblico)

SERVIZI PRESSO PRIVATI, CONVENZIONATI, ACCREDITATI, COOPERATIVE O INTERINALI

Dal 01/02/2013 al 31/12/2022

Libero professionista - Qualifica: Medico - Disciplina Medicina Interna - n. 20 ore/sett. presso Policlinico Ponte San Pietro (indirizzo: Viale Forlanini, 15) (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 _____