

MODULO DI DOMANDA 10 MEDICI ESTERNI ALL'AMMINISTRAZIONE PER LA COPERTURA DI TURNI OCCASIONALI

Al Senato della Repubblica - Servizio del Personale

Compilare in carattere stampatello utilizzando una penna ovvero apparecchiature di stampa elettronica o meccanica

Ove necessario, barrare la casella

Il/La sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____

nato/a a _____ (provincia o Stato estero _____) il _____

residente nel Comune di _____ (prov. _____)

Via _____ n. _____ CAP _____

Numero telefonico fisso _____ Numero telefonico mobile _____

Indirizzo di posta elettronica _____ Codice fiscale _____ Sesso M F

chiede di essere ammesso/a a partecipare alla selezione per l'ampliamento di 10 unità dell'elenco dei **medici** esterni all'Amministrazione del Senato per la copertura di turni occasionali presso l'Ambulatorio del Senato.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, anche penale, quanto segue (vedere nota A):

1. E' cittadino italiano

2. E' in possesso del seguente documento di riconoscimento:

Tipo documento: numero emesso da il

3. Ha il godimento dei diritti civili e politici

4. Ha conseguito la laurea in medicina e chirurgia presso l'Università di
con la votazione di in data

5. Ha conseguito la specializzazione in:

Cardiologia, con votazione di in data
presso (vedere nota B).....

Anestesia e rianimazione, con votazione di in data
presso (vedere nota B).....

6. Ha conseguito le seguenti esperienze professionali, per le quali allega le prescritte attestazioni:

- presso (vedere nota C)
nel settore dal al

- presso (vedere nota C)
nel settore dal al

- presso (vedere nota C)
nel settore dal al

7. E' iscritto all'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri d'Italia di dal

Desidera ricevere le comunicazioni relative alla selezione (compilare solo se indirizzo diverso da quello sopraindicato):

Presso _____

Via _____ n. _____ Comune _____

(prov. _____) C.A.P. _____ Numero telefonico _____

ANNOTAZIONI INTEGRATIVE:

Il/La sottoscritto/a autorizza il Senato della Repubblica ad utilizzare i dati personali forniti per la partecipazione alla selezione. I medesimi dati possono essere comunicati a soggetti terzi che forniscono specifici servizi di elaborazione di dati, strumentali allo svolgimento della procedura stessa.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso, esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. Il/La sottoscritto/a è consapevole, altresì, che le dichiarazioni sostitutive di certificazioni sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.

Allegati n.

Data.....Firma

NOTE:

A) Barrare la casella che interessa e compilare i corrispondenti spazi bianchi, ove presenti.

B) Indicare con precisione la denominazione ed i recapiti (anche telefonici) dell'istituto presso il quale è stata conseguita la specializzazione.

C) Indicare le esperienze professionali ed allegare le attestazioni. Indicare con precisione la denominazione ed i recapiti (anche telefonici) della struttura, nonché l'incarico ricoperto (in mancanza di spazio, utilizzare lo spazio delle annotazioni integrative).

