

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 Fchiede 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
 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).

Il/La sottoscritto/a chiede che vengano altresì valutati gli ulteriori titoli ai sensi dell'articolo 7, comma 2, del D.P.S. n. 11846 del 14 dicembre 2012, di seguito elencati ed allegati alla presente domanda, in originale ovvero in fotocopia:

Il/La sottoscritto/a è consapevole che i titoli non allegati alla domanda di partecipazione non potranno essere valutati e 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.

Data.....

Firma

(Se lo spazio non è sufficiente, utilizzare più fotocopie di questa pagina e sottoscriverle)