

Trasmessa a mezzo:
e.mail: concorsi.ra@auslromagna.it
oppure
PEC: concorsira@pec.auslromagna.it

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____

Codice Fiscale N. _____

Residente a _____ Cap,. _____ Prov. _____

Via _____ n.° _____

Telefoni _____

e-mail _____ @ _____

PEC _____ @ _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso pubblico per la raccolta di disponibilità di professionisti (medici) per l'instaurazione di rapporti di lavoro autonomo al fine di far fronte alle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID – 19 (ex D.L. 14/2020)

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i., concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA di essere (barrare le caselle di interesse)

Medico specializzando, iscritto all'ultimo o penultimo anno di corso della scuola di specializzazione in _____
Università di _____;

Medico laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____
abilitato all'esercizio della professione medica e iscritto all'ordine dei medici-chirurghi della Provincia di _____ al nr. _____;

Medico in quiescenza già dipendente dell'Azienda Sanitaria/Altro _____
in qualità di _____
fino al _____.

Dichiara inoltre che quanto dichiarato nell'**allegato curriculum formativo e professionale** corrisponde a verità e **ALLEGA** fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.

data _____

FIRMA LEGGIBILE E PER ESTESO _____
(FIRMA AUTOGRAFA leggibile e per esteso, o FIRMA DIGITALE certificata)