

BOLLO

€ 16,00

SOC PEDIATRI DI FAMIGLIA E SPECIALISTICA AMBULATORIALE
Villa Fabbri - Via di San Salvi,12
50135 Firenze

OGGETTO: Richiesta partecipazione selezione per l'accertamento delle particolari capacità professionali

Ambito/i territoriale/i _____ **branca specialistica** _____ **ore settimanali** _____

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nato/a a _____ il ____/____/____

residente a _____ CAP _____

Via/P.zza _____ n. _____

Tel. e cellulare _____ **e.mail** _____

DICHIARA

A) di essere medico specialista titolare d'incarico a tempo indeterminato/determinato - convenzionato/dipendente

presso _____ per n. _____ ore settimanali,

nella branca di _____, a decorrere dal ____/____/____

B) data e voto di specializzazione _____

data e voto di laurea _____

C) di essere iscritto/non iscritto nella graduatoria della specialistica ambulatoriale valida per l'anno _____,

D) di svolgere la seguente attività _____

RICHIEDE

di partecipare alla selezione di cui all'oggetto.

Si allegano, ai fini della valida presentazione della domanda:

Curriculum vitae

elenco firmato dei titoli presentati

titoli in copia conforme all'originale secondo quanto previsto dal D.P.R. 445/2000.

fotocopia del documento di riconoscimento.

N.B. Il presente modulo è valido per la richiesta di partecipazione ad un'unica selezione. Nel caso si intenda partecipare a più selezioni si renderà necessario compilare un modulo per ciascuna selezione.

Firenze, _____

Firma _____