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**

Turno _____

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

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:

☐ breve curriculum vitae

☐ elenco firmato dal/dalla sottoscritto/a dei titoli presentati e titoli in originale ovvero 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 _____