

AL DIRETTORE GENERALE
A.S.L. RIETI
VIA DEL TERMINILLO, 42
02100 – RIETI (RI)

Il sottoscritto
Nato a il residente a
..... Via Tel.
..... chiede di essere ammesso a partecipare all'avviso per la acquisizione di
disponibilità al conferimento di incarichi libero professionali riservato ai Medici specializzati in
Pediatria o discipline equipollenti, per le urgenti e attuali esigenze, al fine di garantire l'assistenza
pediatrica presso le sedi della ASL di Rieti.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

- a) Di essere in possesso della cittadinanza italiana (o equipollente);
- b) Di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di, ovvero i
motivi della non iscrizione o cancellazione dalle liste medesime;
- c) Di non avere riportato condanne penali (in caso positivo dichiarare quali);
- d) Di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguita il
presso con votazione
.....;
- e) Di essere in possesso della Specializzazione in
conseguita il presso
....., con votazione
- f) Di essere iscritto all'Albo Professionale dei medici della Provincia di al
n.
- g) Di non essere dipendente di Aziende ed Enti pubblici;
- h) Di essere possessore di Partita I.V.A. n.....
- i) Di indicare il domicilio presso il quale dovrà, ad ogni effetto, essere inviata ogni eventuale
comunicazione
recapito telefonico
PEC.....
- j) di autorizzare il trattamento dei dati personali decreto legislativo 196/03, per le finalità inerenti la
presente procedura;
- k) Allega Curriculum vitae e fotocopia documento di identità valido.

Data

Firma.....