

Modello

SPETT.LE
A.S.P. LAURA RODRIGUEZ
VIA EMILIA N. 36
40068 SAN LAZZARO DI SAVENA

Oggetto: manifestazione di interesse per il conferimento di incarico libero professionale di Medico di Struttura per la Casa Residenza Anziani e Convalescenziario Laura Rodriguez.

Ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del D.P.R. n.445/2000, consapevole delle sanzioni previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

con codice fiscale _____ P. I.V.A. _____,

tel. _____, fax _____, e-mail _____, PEC _____,

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

per il conferimento di incarico libero professionale di Medico di Struttura per la Casa Residenza Anziani e Convalescenziario Laura Rodriguez.

A tale scopo

DICHIARA

di non aver riportato condanne penali che inibiscono la facoltà di contrarre con la pubblica amministrazione;

di essere in possesso del titolo di studio _____
_____conseguito in data_____

presso_____;

(in caso di titolo di studio conseguito all'estero, deve essere allegata copia conforme all'originale dello stesso e l'indicazione dell'avvenuta equipollenza con quello italiano)

di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____
_____, al numero_____;

di autorizzare codesta Amministrazione al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 per gli adempimenti relativi alla procedura in essere;

di voler ricevere eventuali comunicazioni inerenti la presente manifestazione di interesse al seguente indirizzo di posta elettronica _____.

Firma

Allego:

- Curriculum formativo e professionale.
- Fotocopia carta di identità.

La dichiarazione deve essere prodotta unitamente alla copia del documento di identità valido del sottoscrittore.