

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 _____

nato/a a _____ il ____/____/____, residente a _____

CAP _____ Via/P.zza _____ N. _____

Tel. e cellulare _____;

DICHIARA

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

presso _____ per n. _____ ore settimanali,

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

anzianità e voto di specializzazione _____

anzianità e voto di laurea _____

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

C) 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 _____