SOC ORGANIZZAZIONE MEDICINA A CICLO DI FIDUCIA
Specialistica Ambulatoriale Interna
Via San Salvi 12, Villa Fabbri - 50135 Firenze
E-mail specialistiambulatoriali@uslcentro.toscana

BOLLO

€ 16,00

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

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

selezione particolare capacità in: _____

Io sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

nato/a a _____ il _____

residente a _____ CAP _____

Via/P.zza _____ n. _____

Tel. e cellulare _____ e.mail _____

DICHIARO

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

presso _____ per n. _____ ore settimanali,

particolari capacità richieste _____

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 _____

RICHIEDO

di partecipare alla selezione di cui all'oggetto.

Si allegano, ai fini della valida presentazione della domanda:

☐ Curriculum vitae

☐ elenco firmato dei titoli presentati

☐ 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 _____