

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

Ambito/i (barrare le opzioni)

☐ Aziendale

☐ Empoli

☐ Firenze

☐ Pistoia

☐ Prato

branca specialistica _____

ore settimanali _____

numero delibera _____

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 titolare a tempo

☐ indeterminato

☐ determinato

☐ specialista ambulatoriale/professionista convenzionato

☐ dipendente

presso _____ per n. _____ ore settimanali

nella branca di _____, a decorrere dal _____

data e voto di specializzazione _____ data e voto di laurea _____

B) 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 _____