Polo Universitario
delle professioni sanitarie
Istituto di formazione specifica in medicina generale

Universitäres Ausbildungszentrum
für Gesundheitsberufe
Institut für die Sonderausbildung in
Allgemeinmedizin

Allegato 1

Domanda di partecipazione alla

SELEZIONE PER L'INSERIMENTO NELL'ELENCO PROVINCIALE DEI DOCENTI DEI CORSI DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE DELL'ISTITUTO DI MEDICINA GENERALE – FORMAZIONE, RICERCA E PREVENZIONE

***Termine ultimo di consegna:* 26/04/2024**

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

residente a _____ Prov. _____

Via _____ n° _____ CAP _____

Tel. _____ / _____ Cell. _____ Cittadinanza _____

Codice fiscale _____

dichiara

di essere, al momento dell'invio della candidatura, in possesso dei requisiti di partecipazione, come riportati nell'avviso della procedura di selezione;

barrare solo la casella che interessa	
	di esercitare la professione di Medico quale dipendente o libero professionista presso la Struttura/Istituto: denominazione: ..... indirizzo: .....E-mail.....;
	ovvero di essere Medico convenzionato del SSP dell'Alto Adige;
	ovvero di esercitare la professione di Medico come libero professionista dall'anno .....;
	ovvero di ricoprire una posizione di ruolo presso l'Università: .....;
	di essere in possesso di altri titoli professionali e/o scientifici pertinenti alla materia per quale chiede di espletare docenza ed in particolare: .....;

di essere a conoscenza e di accettare che l'inserimento nel predetto Elenco non comporta automaticamente il diritto al conferimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a rende queste dichiarazioni sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 dei D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali prescritte dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i. conseguenti a dichiarazioni mendaci o alla formazione ed all'utilizzo di atti falsi, nonché delle sanzioni di cui all'art. 20, comma 5 D.lgs. n. 39/2013 e s.m.i.

Allego:
- il curriculum formativo e professionale;
- fotocopia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità

Data _____ *Firma* _____

I dati personali comunicati ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 sono trattati unicamente per le finalità di gestione della procedura per la quale essi vengono rilasciati, vedi informativa allegato 5.

Lorenz-Böhler-Straße 13 39100 Bozen Via Lorenz Böhler 13 39100 Bolzano
Tel. +39 0471 067 300 – Fax 0471 067 310 e-mail: info@claudiana.bz.it **- Direktion** **Direzione** - Tel. +39 0471 067 300 – Fax 0471 067 310 e-mail: info@claudiana.bz.it
Tel. +39 0471 067 200 – Fax 0471 067 240/340 e-mail: secretary@claudiana.bz.it - **Sekretariat** **Segreteria** - Tel. +39 0471 067 200 – Fax 0471 067 240/340 e-mail: secretary@claudiana.bz.it
Internet: www.claudiana.bz.it