

ALLEGATO FAC SIMILE DOMANDA

Al Direttore Generale
Azienda Sanitaria Locale di Vallecamonica Sebino
Via Nissolina n. 2
Breno (BS)

Il/la sottoscritto/a _____ cognome _____ nome _____ nato/a _____
_____ il _____ residente in via/piazza _____ n. _____
comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

CHIEDE

di partecipare all'Avviso di MOBILITA' nella qualifica di: _____

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità e per quanto previsto dal DPR 445/2000:

- di essere in possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
- di possedere il diploma di laurea _____ conseguito presso _____ in data _____;
- di essere stato abilitato all'esercizio della professione nella _____ sessione anno _____
- di aver conseguito la specializzazione in _____ presso _____ in data _____;
- di essere iscritto all'ordine _____ della Provincia di _____ dal _____ al n. _____;
- di essere in servizio a tempo indeterminato nella qualifica di _____ presso _____ dal _____;

Domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essergli fatta pervenire ogni necessaria comunicazione: (se diverso dalla residenza): _____
_____ Tel. _____ E.mail _____.

Data _____

Firma _____

Allega :

- Prospetto Informativo per procedure di mobilità
 - curriculum datato e firmato
 - fotocopia documento di identità
-