

All'Amministrazione della  
Casa di Ricovero "Muzan"  
Via Barbè, 39  
36034 MALO VI

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico per il conferimento di incarico in libera professione, avente natura di lavoro autonomo per il progetto di logopedia con gli ospiti dell'Ente, indetto con determinazione dirigenziale n. 95 del 17 aprile 2019.

All'uopo, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

- Di essere nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- Di essere cittadino/a \_\_\_\_\_
- Codice Fiscale \_\_\_\_\_
- Di essere residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_
- In Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_
- Recapito Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_
- Di essere in possesso della patente di guida Cat. \_\_\_\_\_
- Di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_
- Conseguito presso: \_\_\_\_\_
- Di essere iscritto all'Ordine Professionale \_\_\_\_\_
- Che l'indirizzo al quale dovranno essere inviate eventuali comunicazioni è il seguente:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Altro (specificare):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Che i servizi prestati in qualità di logopedista sono i seguenti:

DATORE DI LAVORO	PERIODI DI SERVIZIO DAL – AL	ORARIO DI SERVIZIO SETTIMANALE	TIPOLOGIA INCARICO	MOTIVO CESSAZIONE

di allegare alla presente domanda i seguenti documenti:

1. titolo di studio richiesto
2. curriculum vitae professionale e formativo
3. Documento di identità in corso di validità

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

firma

Ai sensi della vigente normativa sul codice della privacy, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

firma