

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 incarichi in libera professione, aventi natura di lavoro autonomo per il progetto di fisioterapia presso l'Ente, indetto con determinazione dirigenziale n. 193 del 26 ottobre 2016.

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: _____
- Altro (specificare):

- Che l'indirizzo al quale dovranno essere inviate eventuali comunicazioni è il seguente:

- Che i servizi prestati in qualità di fisioterapista 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