



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
BANDO PER LA SELEZIONE DI COMPONENTI
COMMISSIONE MEDICA PROVINCIALE**

La/Il Sottoscritta/o _____ Iscritta/o dal _____ all'Albo dei
Medici Chirurghi di Venezia al nr. _____ Codice Fiscale _____

presenta domanda di partecipazione al bando di selezione di professionisti idonei
da nominare nell'ambito della commissione medica provinciale

A tal proposito dichiara:

di essere nata/o il _____ a _____;
residente a _____;
domiciliata/o a _____;
Telefono Nr. _____;
email: _____;
Pec: _____

di essere in possesso dei seguenti titoli di studio ulteriori rispetto all'abilitazione:

di aver prestato la propria attività professionale:

in qualità di:
Libero Professionista presso _____ dalla data _____
Dipendente presso _____ dalla data _____

Allego il curriculum vitae aggiornato e firmato;

Allego fotocopia del documento di identità (carta identità/patente)

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Autorizzo la pubblicazione e la diffusione dei miei dati ai fini del presente bando e della Trasparenza.

Mi impegno a dichiarare, secondo modulistica che mi verrà fornita, ogni impedimento all'incarico.

La/Il candidata/o

_____, li _____
