Allegato A

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DI MEDICO TERMALE /OTORINOLARINGOIATRA /INFERMIERE PTOFESSIONALE/MEDICO "COMPETENTE" SPECIALIZZATO IN MEDICINA DEL LAVORO

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

e residente in _____

via _____ CAP _____

in qualità di _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Cellulare _____

In possesso dei requisiti culturali e professionali necessari per l'espletamento del servizio richiesto dall' avviso pubblico di selezione, per titoli, per la formulazione di una graduatoria finalizzata al conferimento di eventuali incarichi a tempo determinato o di sostituzione di medico di accettazione, otorinolaringoiatra, infermiere presso le Terme di Galatro

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione indetta dalla Terme di Galatro srl in qualità di:

☐ Medico Termale;
☐ Otorinolaringoiatra;
☐ Infermiere Professionale.
☐ Medico "Competente" specializzato in medicina del lavoro.

A tal fine allega:

- Allegato B – Dichiarazione sostitutiva delle certificazioni
- Curriculum vitae in formato europeo
- Documento d'identità in corso di validità

_____, _____

_____
Il professionista candidato all'incarico
(firma per esteso e leggibile)

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 dichiaro di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____

(firma, per esteso e leggibile)