

AII' AZIENDA OSPEDALIERA
di Reggio Emilia
Arcispedale Santa Maria Nuova

Il/la sottoscritto/a nato a, il
....., residente a, in Via n., tel.
....., codice fiscale/partita IVA n.

chiede

di essere ammesso a partecipare al corso teorico-pratico per il conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia.

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dal DPR 445/00, e successive modificazioni ed integrazioni dichiara:

di essere in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università degli Studi di
....., il con votazione

di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di
..... al n.;

di essere in possesso di specializzazione in conseguito
il.....presso.....;

di svolgere/aver svolto attività lavorativa presso strutture sanitarie d'emergenza: (Servizi di Pronto Soccorso, Continuità Assistenziale Notturna Prefestiva Festiva, Guardia Turistica; indicare denominazione e periodo):

.....
.....
.....;

di essere in possesso di certificazione BLSD (AHA o IRC) conseguita presso la sede di
..... in data

di avere frequentato i seguenti corsi specifici sull'emergenza:
.....
.....

di prestare consenso al trattamento dei dati personali (D.Lgs.n.196/2003 e successive modificazioni e integrazioni)

Ogni comunicazione deve essere effettuata presso il seguente domicilio:

Via.....Città.....Cap.....
Tel. N.....

Allega alla presente documentato Curriculum Formativo e Professionale redatto su carta semplice, datato, firmato e debitamente documentato..

Allega, in applicazione dell'art. 38 del DPR 445/00, copia fotostatica di un documento di riconoscimento dotato di fotografia..

Data

Firma

.....

.....

Scadenza: 12 Aprile 2011