

MODULO DI CANDIDATURA

Medico di Reparto – RSA San Remigio

Collaborazione in libera professione – massimo 15 ore settimanali

Fondazione “Il Cerchio” – RSA San Remigio
Via A. di Dio 14 20038 Busto Garolfo (MI)
e-mail: risorseumane@fondazioneilcerchio.it

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

E-mail _____

PEC _____

presenta la propria **candidatura per il conferimento di un incarico di Medico di Reparto presso la RSA San Remigio**, mediante collaborazione in libera professione, per un impegno massimo di **12 ore settimanali**.

A tal fine dichiara:

- di essere in possesso della **Laurea in Medicina e Chirurgia**, conseguita presso _____ in _____ data _____;
- di essere abilitato/a all'esercizio della professione medica;
- di essere regolarmente iscritto/a all'**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri** di _____ al n. _____;
- di non trovarsi in condizioni ostative all'esercizio della professione;
- di aver preso visione dell'avviso e di accettare le condizioni previste per lo svolgimento della collaborazione;
- di essere disponibile a concordare con la Direzione Sanitaria l'articolazione dell'attività professionale, fino a un massimo di **12 ore settimanali**.

PARTITA IVA

- ☐ Titolare di Partita IVA
- ☐ Disponibile all'apertura della Partita IVA ai fini del conferimento dell'incarico

Partita IVA, se già posseduta: _____

ESPERIENZA PROFESSIONALE

Esperienza maturata in:

- ☐ RSA
- ☐ altre strutture sociosanitarie
- ☐ assistenza a persone anziane, fragili e/o pluripatologiche
- ☐ altro: _____

Eventuali ulteriori informazioni ritenute utili:

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ Curriculum vitae aggiornato
- ☐ Copia di un documento di identità in corso di validità
- ☐ Eventuale ulteriore documentazione: _____

Il/La sottoscritto/a dichiara che le informazioni fornite sono veritiere e autorizza il trattamento dei dati personali ai fini della gestione della presente procedura, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Luogo e data _____

Firma
