

ALLEGATO "1"

Alla CROCE ROSSA ITALIANA  
DIREZIONE  
Comitato Regionale C.R.I.:  
FRIULI VENEZIA GIULIA  
Piazza del Sansovino, 3  
34131 TRIESTE

**Oggetto: Domanda di iscrizione nell'elenco degli MEDICI**

Il/la sottoscritt.....(indicare cognome, per le donne quello da nubile, ed il nome), nat....il..../.../.....  
a.....(provincia di.....), residente  
a.....(provincia.....),  
Via/Piazza.....n.....C.A.P.....,Codice  
fiscale:..../..../...../....., tel..... cellulare.....  
chiede di essere iscritt nell'elenco della categoria dei

**MEDICI PROFESSIONISTI**

di cui al Bando approvato con la Determinazione Direttoriale n., pubblicato sul B.U.R. FRIULI VENEZIA GIULIA del....., sul sito internet della Croce Rossa Italiana [www.cri.it](http://www.cri.it), presso l'Albo del Comitato Regionale C.R.I. e gli Albi dei Comitati Provinciali C.R.I. della Regione.

Dichiara a tal fine:

1. di essere in possesso del DIPLOMA di LAUREA in MEDICINA e CHIRURGIA;
2. di essere in possesso del diploma di specializzazione in "Chirurgia di emergenza"
3. di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di ....., dal.....

Dichiara inoltre di:

- a) essere cittadino/a italiano/a;
- b) di godere dei diritti civili e politici;
- c) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di .....oppure ( indicare i motivi della mancata iscrizione).....
- d) di non avere riportato condanne penali o avere riportato le seguenti condanne penali.....
- e) non avere procedimenti penali pendenti a proprio carico ovvero di avere a proprio carico i seguenti procedimenti penali.....
- f) di non trovarsi in situazioni di incompatibilità;
- g) di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi o in concorrenza con quella da prestare a titolo di collaborazione;
- h) di essere a conoscenza e di accettare il "Regolamento recante la disciplina per il conferimento di incarichi di collaborazione professionale ad esperti esterni presso la Croce Rossa Italiana" approvato dalla C.R.I. con Ordinanza Commissariale n. 01 del 9 gennaio 2009;
- i) di autorizzare la Croce Rossa Italiana al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della presente procedura.

Allega alla presente:

- Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia;
- Certificato di iscrizione all'Ordine dei Medici della Provincia di.....

- Diploma di specializzazione in "Chirurgia di emergenza".
- .....
- .....
- Curriculum vitae regolarmente documentato.

Il/la candidato/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di documenti falsi sono sanzionati penalmente come previsto dall'art. 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445.

Chiede che ogni comunicazione relativa alla presente procedura venga inviata all'indirizzo sottoindicato, impegnandosi a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni successive. Al riguardo riconosce che l'Amministrazione non assume alcuna responsabilità in caso di dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda o per eventuali disguidi postali o comunque imputabili a fatti di terzi, a caso fortuito o di forza maggiore.

Indirizzo.....Fax.....

.....

Cellulare.....

Telefono.....

e-mail.....

Luogo e data.....

FIRMA