

ALLA CROCE ROSSA ITALIANA  
Comitato Regionale Emilia-Romagna  
Via Del Cane, 9  
40124 – BOLOGNA

**Oggetto: Domanda di iscrizione nell'elenco dei medici per n. 1(uno) incarico di collaborazione professionale: Coordinatore Sanitario – per il Servizio di Pronto Soccorso Aeroportuale dell'aeroporto "G. Marconi" di Bologna e Pronto Soccorso "Ente Fiera" di Bologna.**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ (indicare

il cognome, per le donne quello da nubile, ed il nome),

nat \_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_),

residente a \_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_), via/piazza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ (c.a.p. \_\_\_\_\_),

codice fiscale: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_

chiede

di essere iscritt\_\_\_ nell'elenco dei professionisti medici da impiegare nel Servizio di Pronto Soccorso Aeroportuale dell'aeroporto "G. Marconi" di Bologna e Servizio di Pronto Soccorso "Ente Fiera" di Bologna "di cui alla selezione indetta con Determinazione Direttoriale n. 84 del 27/04/2009 il cui bando è stato pubblicato agli Albi del Comitato Regionale CRI Emilia Romagna – Comitato Provinciale CRI Bologna e sul sito internet della Croce Rossa Italiana.

Dichiara a tal fine:

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;
2. di essere iscritto all'ordine dei medici della provincia di .....

Dichiara inoltre di:

a) di essere in possesso della cittadinanza.....;

b) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di .....oppure ( indicare i motivi della mancata iscrizione).....;

c) di non aver riportato condanne penali ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali.....;

d) di non aver procedimenti penali pendenti a proprio carico ovvero di avere procedimenti penali pendenti a proprio carico i seguenti procedimenti penali .....

e) di non trovarsi in situazioni di incompatibilità

f) di non trovarsi in situazioni di conflitto d'interessi o in concorrenza con quella da prestarsi a titolo di collaborazione;

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*”.

Di autorizzare la Croce Rossa 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:

1. diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;
2. certificato di iscrizione all’ordine dei medici della provincia di \_\_\_\_\_;
3. curriculum vitae regolarmente documentato.

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

Chiede che ogni comunicazione relativa alla presente procedura venga inviata all’indirizzo sotto indicato, impegnandosi a comunicare 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 telegrafici o comunque imputabili a fatti di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Indirizzo.....

Fax.....

e- mail.....

Luogo e data.....

posizione.....,

Data.....

Firma

.....