



UNIONE NAZIONALE
MUTILATI PER SERVIZIO

Sede Centrale

Ten.Col. Giovanni Quagliotti

G.I. per Servizio

AVVISO DI SELEZIONE

E' indetta una procedura per la raccolta di manifestazioni d'interesse alla selezione per la sottoscrizione di convenzioni con medici esperti in Medicina Legale, finalizzate ad eventuali incarichi libero-professionali di natura assistenziale/previdenziale con i soci dell'UNMS.

Gli interessati potranno utilizzare l'allegato format per aderire alla selezione ed inviarlo alla pec: unms@legalmail.it

L'elenco dei medici selezionati e convenzionati verrà pubblicato sul sito dell'Unione con accesso ai soci nell'aria riservata, nonché disponibile presso le sedi territoriali.

Il Presidente Nazionale

Cav. Uff. Antonino Mondello

00198 Roma – Via Savoia, 84 – Tel. 0685300526 - 0685300536 – 0685300518 Fax

E-mail: - info@unms.it - www.unms.it - C.F. 80086270586

FORMAT PER DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

(da compilare, firmare e inviare via pec, unitamente al curriculum vitae e al modulo "Prospetto riepilogativo dei dati curriculari "ed alla fotocopia di un documento d'identità in corso di validità)

All'Unione Nazionale Mutilati per Servizio

SEDE CENTRALE

Via Savoia n.84

R O M A

Oggetto: Avviso per la raccolta di manifestazioni d'interesse alla selezione per la sottoscrizione di convenzione tra medici-legali e l'Unione Nazionale Mutilati per servizio.

Il/La sottoscritto/a

Cognome.....Nome..... Nato/a il.....a

CF..... residente aVia/Piazza.....n.....

CAP.....

Telefono/cellulare.....

e.mail.....pec.....

con studio in..... via/piazza

In relazione all'avviso in oggetto

MANIFESTA

il proprio interesse e propone la propria candidatura per la stipula di una convenzione con l'UNMS.

A tal fine, consapevole delle responsabilità previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni, nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti o uso di atti falsi,

DICHIARA

- Di godere dei diritti civili e politici

- Di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri appartenenti all'Unione Europea
- Di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia conseguita in data.....
- Di essere iscritto all'Ordine dei medici di..... N.
- Di essere esperto in Medicina legale e delle assicurazioni o di medicina legale per la P.A.
- Di essere specialista in.....
- Di essere/non essere dipendente di una pubblica amministrazione (in caso positivo indicare la denominazione della stessa ed il ruolo ricoperto)
- Di non aver riportato condanne penali
- Di non avere procedimenti penali in corso
- Di consentire al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità di cui al Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196 e smi.

ALLEGA

alla presente domanda il curriculum vitae, nonché la copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità, datati e sottoscritti.

Chiede infine che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga inviata al seguente indirizzo, il cui eventuale cambiamento sarà tempestivamente comunicato.

COGNOME e NOME.....

Via/Piazza.....n. civico.....

CAP.....Comune.....Prov.....

Tel (fisso o mobile)

e-mail.....

Posta elettronica certificata (PEC).....

DATA.....

FIRMA