AZIENDA OSPEDALIERA SANTA MARIA TERNI

AL DIRETTORE GENERALE
A.O. S. MARIA DI TERNI
PEC: aospterni@postacert.umbria.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

AVVISO INTERNO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER INCARICHI PROFESSIONALI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE (IPAS)

Il sottoscritto/a_____

Nato/a il_____

Residente in_____(prov_____) CAP_____

Via/Piazza_____n._____

Tel/cell_____

Dirigente Medico in servizio c/o_____

C H I E D E

di partecipare all'Avviso per Manifestazione d'interesse di seguito indicato:

N.	DIPARTIMENTO	STRUTTURA DI AFFERENZA	TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE INCARICO
1	**MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA**	NEFROLOGIA	**IPAS**	IMMUNOPATOLOGIA RENALE
2	**MATERNO INFANTILE**	PEDIATRIA, NEONATOLOGIA E UTIN	**IPAS**	DIABETOLOGIA PEDIATRICA
3	**DIAGNOSTICA**	LABORATORIO ANALISI	**IPAS**	DIAGNOSTICA DI LABORATORIO DELLE DISCRASIE PLASMACELLULARI

ALLEGATI:

- CURRICULUM PROFESSIONALE

- OGNI TITOLO, ATTO A DIMOSTRARE LA CAPACITÀ PROFESSIONALE E L'ESPERIENZA ACQUISITA IN PRECEDENTI INCARICHI SVOLTI (ANCHE IN ALTRE AZIENDE O ENTI) O LE ESPERIENZE DI STUDIO E RICERCA EFFETTUATE, IN RELAZIONE ALL'INCARICO DA AFFIDARE;

-DOCUMENTO D'IDENTITA'

Terni, li_____ FIRMA

_____