



**RICHIESTA PER LA PARTECIPAZIONE AL TIROCINIO PRATICO IN AMBITO CLINICO
presso l'Istituto Nazionale dei Tumori Fondazione IRCCS**

La sottoscritta / Il Sottoscritto

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ PROV ____ DATA DI NASCITA _____

RESIDENZA _____ PROV _____ CAP _____

INDIRIZZO _____ N° _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____

E-MAIL PEC _____

CODICE FISCALE _____

consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione decadrà dai benefici e dalla partecipazione alle attività pratiche per le quali la dichiarazione è stata rilasciata:

CHIEDE

di partecipare al Bando per la partecipazione al Tirocinio Pratico in ambito Clinico presso l'Istituto Nazionale dei Tumori Fondazione IRCCS

(specificare una sola sede opzionata)

- MILANO- Dipartimento di Medicina predittiva e per la prevenzione della Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori e Campus di Cascina Rosa.
- PERUGIA- Dipartimento di scienze farmaceutiche, Unità di sanità pubblica.
- CATANIA – Dipartimento di Scienze Mediche Chirurgiche e tecnologie avanzate GF Ingrassia.

di scegliere il semestre di pratica (la parte teorica sarà comune per tutti e inizierà il 1 marzo 2016)

- 1 marzo/30 agosto
- 1 luglio/30 dicembre



DICHIARA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445:

1. di essere iscritta all'Enpab dal ___/___/_____ numero di Matricola (NAG) _____
2. di essere in regola con il rapporto previdenziale
3. di esercitare l'attività libero professionale in campo della nutrizione umana dal _____
(indicare l'anno)

DICHIARA, altresì

di essere in possesso:

- Specializzazione post-laurea in Scienza dell'Alimentazione
- Master Universitario in campo nutrizionale
- Frequenza Scuola di Specializzazione in Scienza dell'Alimentazione o Master in nutrizione umana
- Attività libero professionale in ambito nutrizionale da almeno 2 anni

FIRMA

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali";

DATA/...../.....

FIRMA