**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

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 …………………………………………………………….