



| DATI ANAGRAFICI DEL/DELLA DICHIARANTE | | | |
|--|--------------------------------------|-----------------------------------|--|
| COGNOME | NOME | SESSO(M/F) | DATA DI NASCITA |
| COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA | PROV | CODICE FISCALE | |
| INDIRIZZO (Via, Fraz. Piazza, etc. N.civico) | CAP | COMUNE DI RESIDENZA | PROV |
| <input type="checkbox"/> CELIBE/NUBILE | <input type="checkbox"/> CONIUGATO/A | <input type="checkbox"/> VEDOVO/A | <input type="checkbox"/> SEPARATO/A LEGALMENTE |
| <input type="checkbox"/> DIVORZIATO/A | IN SERVIZIO PRESSO | | MATRICOLA N° |

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dagli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445 del 25/12/2000, per i casi di dichiarazioni non veritiere o mendaci,

DICHIARA

- di voler optare per un rapporto di esclusività con l'IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo" acquisendo la facoltà di espletare attività in regime di intramoenia
- di voler optare per un rapporto di non esclusività con l'IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo" acquisendo la facoltà di espletare attività in regime di extramoenia

n.b.: è possibile optare, entro il 30 novembre di ogni anno, per un rapporto differente da quello prescelto. La nuova opzione sarà valida a far data dal 01 gennaio dell'anno successivo.

- di essere in possesso del seguente titolo di studi
Laurea in
conseguita in data presso l'Università di
- di possedere le seguenti specializzazioni
- di essere iscritto all'Ordine Professionale della provincia di
al n° dal al n°
- di essere inquadrato nell'Istituto nella seguente disciplina medica.....

(luogo e data)

Il/la dichiarante _____
(firma per esteso e leggibile)