**"*Candidatura selezione medici per incarichi temporanei Ministero della Salute del Regno dell’Arabia Saudita – Specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*"**

Al Ministero della Salute

Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del SSN

PEC: ***dgrups@postacert.sanita.it***

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede di essere inserito/a nell’elenco dei medici specializzati per il conferimento di incarichi temporanei in Arabia Saudita, in relazione all’avviso pubblico del Ministero della salute pubblicato in data 7 marzo 2017.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, dichiara che:

1) è nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_(provincia di \_\_\_\_) il\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;

2) desidera ricevere ogni comunicazione relativa alla presente domanda al seguente recapito:

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

indirizzo di posta elettronica certificata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

e si impegna a comunicare tempestivamente a mezzo raccomandata ovvero tramite PEC all’indirizzo ***dgrups@postacert.sanita.it*** eventuali variazioni di tale recapito;

3) è cittadino/a italiano/a; è cittadino/a del seguente Paese dell’UE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

4) è in possesso del diploma di laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso l’Università degli studi di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*indicare il nome dell’Università*) con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*indicare la città in cui ha sede l’Università*)*;(1)*

5) ha conseguito l’abilitazione all’esercizio della professione di medico-chirurgo presso l’Università degli studi di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*indicare il nome dell’Università*) con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*indicare la città in cui ha sede l’Università*) nella \_\_\_\_\_\_\_\_\_ /sessione dell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*indicare la I o la II sessione e anno*);

6) è in possesso del diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso l’Università degli studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*indicare il nome dell’Università*) con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*indicare la città in cui ha sede l’Università*)*;(1)*

7) è iscritto/a all’albo professionale dell’ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ con il numero di iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

8) ha un’ottima conoscenza della lingua inglese (*parlata e scritta*):

in possesso della seguente certificazione attestante il livello di conoscenza della lingua inglese \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

chiede di sostenere la prova di lingua inglese presso il Ministero della salute non essendo in possesso di certificazione attestante il livello di conoscenza della lingua inglese;

9) ha preso visione di quanto disposto dall’avviso in materia di trattamento dei dati personali e di autorizzare il Ministero della Salute al trattamento degli stessi, ai sensi del decreto legislativo n. 196 del 2003 e successive modificazioni.

Il sottoscritto attesta sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e successive modificazioni, la veridicità delle dichiarazioni riportate nel curriculum vitae allegato.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. *Qualora il titolo di studio sia stato conseguito in un paese comunitario o extracomunitario indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento adottato ai sensi del decreto legislativo n. 206 del 9 novembre 2007 o del decreto del Presidente della Repubblica n. 394 del 31 agosto 1999.*

**Allegati:**

* **curriculum vitae in lingua inglese aggiornato, debitamente datato e sottoscritto;**
* **copia autenticata dei diplomi accademici e dei certificati che attestino l'esperienza professionale richiesta;**
* **copia del passaporto in corso di validità;**
* **attestazione relativa all’iscrizione all’Ordine professionale e alla posizione disciplinare per l’esercizio dell’attività professionale all’estero rilasciato dall’Ordine di appartenenza;**
* **certificazione medica attestante l’assenza di infezione da virus dell’epatite B e C e da HIV non anteriore a tre mesi;**
* **eventuale certificazione attestante il conseguimento di un livello non inferiore al C1 del CEFR (CAE ed analoghi) della lingua inglese.**