

OGGETTO: PROCEDURA COMPARATIVA PER L'INDIVIDUAZIONE DI UN MEDICO CIVILE CUI AFFIDARE IL SERVIZIO DI MEDICO SOSTITUTO DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITARIO DELLA LEGIONE ALLIEVI DELLA GUARDIA DI FINANZA - **OFFERTA TECNICA 2° ESPERIMENTO**

**Alla
Guardia di Finanza Legione Allievi
Ufficio Amministrazione – Sezione Acquisti
Viale Europa nr. 97 – 70132 – BARI
Tel. 080/5883405 – ba0220000p@pec.gdf.it**

OFFERTA TECNICA

Il/la sottoscritto/a _____,
(cognome e nome)
nato/a il _____ a _____ (____),
C.F. _____ P.IVA _____,
residente a _____ (____),
via/piazza _____ nr. ____ c.a.p. _____,
Tel. _____ Cell. _____ PEC. _____,

dichiara sotto la propria personale responsabilità, autocertificando il possesso dei titoli e delle esperienze sotto riportate, ai sensi del d.P.R. n. 445/2000:

1. pregressa esperienza in qualità di medico presso la Guardia di Finanza:

(indicare Reparto, luogo e periodo)

- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;

2. pregressa esperienza in qualità di medico presso Enti militari / Forze di Polizia (esclusa Guardia di Finanza):

(indicare Ente, luogo e periodo)

- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;

3. pregressa esperienza in qualità di medico presso il S.S.N. (A.S.L., Ospedali, ambulatori ovvero strutture ospedaliere, ambulatori privati):

(indicare Ente, luogo e periodo)

- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;

4. diploma di specializzazione

in _____ conseguito
presso _____ in data _____;

in _____ conseguito
presso _____ in data _____;

in _____ conseguito
presso _____ in data _____;

5. ulteriori titoli:

- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;

Luogo e data _____

Firma

Si allega

- copia del documento di riconoscimento, in corso di validità, debitamente sottoscritta dal professionista.