

Allegato 1

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

DA COMPILARE IN CARTA SEMPLICE

Alla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
SIMM

Via Marsala, 103
00185 - Roma

simmigrazioni@pec.it

Il/La sottoscritto/achiede di partecipare alla procedura selettiva per la
posizione di

A tal fine, consapevole della decadenza dai benefici e della responsabilità penale, previste dagli artt. 75 e 76
del D.P.R. 28.12.2000 n.445 e successive modificazioni, nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti o
uso di atti falsi, dichiara:

- Cognome..... Nome..... data di nascita.....
Comune di nascita.....Prov..... Comune di residenza.....Prov.....
Via/P.zza.....n....., c.a.p....., codice
fiscale..... e-mail.....,
cellulare....., PEC..... ;
- Di aver conseguito Laurea specialistica o vecchio ordinamento in
presso..... in data..... con votazione... ..;
- Di aver maturato la seguente esperienza nell'ambito della progettazione di percorsi formativi per gli
adulti sui temi della Salute e della Migrazione e del coordinamento di attività formative
 -
 -
- di aderire ai valori e ai principi della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni.
- Di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea o
della cittadinanza di paesi terzi con regolare permesso di soggiorno;
- Di godere dei diritti civili e politici;
- Di non aver riportato condanne penali e non essere destinatari o di provvedimenti che riguardano
l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti
nel casellario giudiziale;
- Di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- Di non svolgere attività o incarichi in contrasto o in conflitto d'interesse con le attività oggetto del
presente avviso
- Di disporre di un indirizzo P.E.C. valido
- Di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 .

Il sottoscritto allega alla presente domanda:

1. il curriculum vitae europass datato e sottoscritto;
2. scheda riepilogativa delle informazioni utili
3. copia fotostatica di un documento di identità

Luogo e data

FIRMA AUTOGRAFA O DIGITALE
