

ALLEGATO A

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

CON LA PRESENTE IL SOTTOSCRITTO _____ NATO A _____
IL _____ RESIDENTE A _____ Via _____ iscritto alla
Associazione Regionale _____ dichiara :

- 1) Di allegare attestazione di essere in regola con il pagamento delle quote associative di iscrizione alla Associazione Regionale _____;
- 2) Di allegare : Attestazione da parte della Azienda _____ presso cui presto servizio e con la quale la stessa dichiara , in caso di assegnazione della borsa di studio, di essere pronta a concedere al candidato i permessi necessari per garantire la partecipazione nonché a sostenere le spese di trasporto, vitto ed alloggio per partecipare al MASAN 2020;
in alternativa
- 3) Di allegare dichiarazione con la quale si attesta di volere sostenere in proprio le spese attinenti trasporto, vitto ed alloggio per partecipare al MASAN 2020.
- 4) Di fornire i seguenti dati :

NOME
COGNOME
DATA DI NASCITA
CITTA'
INDIRIZZO
TELEFONO CELLULARE
MAIL*:
AZIENDA SANITARIA:
LAUREA POSSEDUTA
QUALIFICA
SETTORE DI APPARTENENZA :
DATA DI ASSEGNAZIONE PRESSO IL SETTORE:

*Con la semplice sottoscrizione si attesta di accettare la trasmissione di ogni eventuale comunicazione all'indirizzo mail suindicato.

Li _____

Firma del candidato con allegato documento di riconoscimento

ALLEGATO B

CURRICULUM VITAE

DATI PERSONALI

1) ATTIVITA' LAVORATIVA

(Indicare le attività di servizio svolte con indicazione della qualifica, eventuale posizione organizzativa ricoperta, durata ed indicazione di procedure particolarmente complesse, di rilievo regionale ed innovative espletate presso la U.O.C.(da specificare) di approvvigionamento di beni e servizi in ambito sanitario pubblico) (è possibile allegare copia degli atti da cui risulti contributo)

2) ISTRUZIONE E FORMAZIONE UNIVERSITARIA (indicare tipo di laurea e votazione conseguita, eventuali altre lauree, master, corsi di formazione universitaria ecc. pertinenti la funzione acquisti di beni e servizi in ambito sanitario pubblico)

3) CORSI DI FORMAZIONE ORGANIZZATI DA F.A.R.E O DA ASSOCIAZIONI REGIONALI ADERENTI ALLA FEDERAZIONE
(specificare)

4) INCARICHI DI DOCENZA (solo se pertinenti la funzione acquisti di beni e servizi in ambito sanitario pubblico)

5) RELAZIONI A CONVEGNI E SEMINARI (indicare luogo e titolo convegno e data e solo di relazioni pertinenti la funzione acquisti di beni e servizi in ambito sanitario pubblico)

6) PUBBLICAZIONI (indicare solo articoli pertinenti la funzione acquisti di beni e servizi in ambito sanitario pubblico indicando rivista data e titolo)

7) CONOSCENZA LINGUA INGLESE (specificare livello)

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" e del nuovo Regolamento Generale sulla Protezione dei dati (GDPR) 679/2016.

Data e luogo

Firma