

Al Direttore Generale  
Ospedale Evangelico Internazionale  
Salita Superiore S. Rocchino, 31 a  
16122 GENOVA

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/19\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Cap. \_\_\_\_\_ (tel. \_\_\_\_\_) in possesso del seguente titolo di studio  
\_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ - specializzata in  
\_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ .

### **CHIEDO**

di poter svolgere **attività di guardia medica libero professionale interdivisionale** presso l'Ente  
con decorrenza dal \_\_\_/\_\_\_/ e durata \_\_\_\_\_.

Allego alla presente domanda (\*):

titoli di studio (laurea, specializzazione ecc.....)

iscrizione all'albo professionale

polizze assicurative \_\_\_\_\_

autocertificazione (modulo consegnato dall'Ente)

fototessera

fotocopia documento d'identità e codice fiscale

codice IBAN

Genova, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

*Mi impegno inoltre, in caso di ammissione, ed a pena di decadenza dell'autorizzazione, a presentare al Servizio Personale, prima dell'inizio dell'attività, copia della polizza assicurativa, con un massimale non inferiore a € 1.000.000,00 a copertura della responsabilità civile derivante dall'espletamento della propria attività professionale presso l'Ente.*

*Mi impegno inoltre a fornire copia di idonea polizza assicurativa contro il rischio di infortuni che dovessi subire durante la frequenza o comunque in relazione a detta attività e a fornire contestualmente una dichiarazione di manleva da ogni responsabilità civile o penale a favore dell'Ospedale stesso.*

### **DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Il sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ autorizza e  
acconsente che i dati da me indicati nella presente possano essere conservati agli atti dell'Ospedale  
Evangelico Internazionale.

In fede \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

**Ospedale Evangelico Internazionale**  
**Salita Superiore San Rochhino, 31 a**  
**16122 GENOVA**

**SERVIZIO:** \_\_\_\_\_

Il Direttore della Struttura complessa di \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ esprime parere \_\_\_\_\_

di guardia medica libero professionale **interdivisionale** presso l'Ente

da parte del Dr. \_\_\_\_\_

L'attività può avere inizio il \_\_\_\_\_ e durata \_\_\_\_\_.

Genova, \_\_\_\_\_

**IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA**

\_\_\_\_\_

**Visto il DIRETTORE SANITARIO**

\_\_\_\_\_