





INFORMAZIONI PERSONALI

Alessia Luisa Sindici



 Via Francesco Petrarca 15b Frosinone 03100
 0775855642  3202759615
 alessindici@libero.it

Sesso femminile | Data di nascita 18-02-1981 | Nazionalità Italiana

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- 31 marzo 2008 Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università La Sapienza di Roma con voti 105/110
- Febbraio 2009 Diploma di Abilitazione all'esercizio professionale di Medico Chirurgo presso l'Università La Sapienza di Roma
- Marzo 2009 Iscritta all'Albo Professionale dei Medici e Chirurghi della Provincia di Frosinone con numero d'ordine 3667
- 4 ottobre 2017 Diploma di Specializzazione in Radiodiagnostica conseguito presso l'Università Politecnica delle Marche – Ospedali Riuniti Torrette Ancona con voti 50/50 e lode

Sostituire con il livello OEQ o altro, se conosciuto

COMPETENZE PERSONALI

Lingua madre italiano

Altre lingue

Inglese

	COMPRESIONE		PARLATO		PRODUZIONE SCRITTA
	Ascolto	Lettura	Interazione	Produzione orale	
Inglese	B1/B2	B1/B2	B1/B2	B1/B2	B1/B2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto ALESSIA LUISA SINDICI

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

DICHIARA

1. di essere nato a FROSINONE prov. FR il 18-02-1981
2. di essere residente a ROMA prov. ROMA C.A.P. 00196
in via VPO n. 39
domiciliato in FROSINONE prov. FR C.A.P. 03100
in via FRANCESCO PETRARCA 15/B n. _____
telefono 0775855612 cellulare 3207759615 email alsimolici@libero.it
3. di essere cittadino ITALIANO
4. di essere di stato civile NUBILE (cognome coniuge _____)
5. di essere in possesso del diploma di laurea in: MEDICINA e CHIRURGIA
conseguito il 31-3-2008 presso UNIVERSITA' "LA SAPIENZA" ROMA con votazione 105/110
6. di essere iscritto al n. 3667 dell'Albo o elenco MEDICI
tenuto da Pubblica Amministrazione di FROSINONE a decorrere da 16-3-2009
7. di appartenere all'ordine professionale MEDICI CHIRURGHI
8. di essere in possesso dei seguenti titoli _____
9. che il numero di codice fiscale è il seguente: SNDLSLR1B581010E
10. che il numero di partita IVA è il seguente: _____
11. di essere nel pieno godimento dei diritti politici e civili;
12. di non essere in stato di fallimento o di interdizione o di inabilitazione
13. di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
14. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare con immediatezza qualunque variazione attinente le dichiarazioni indicate in precedenza.

Il sottoscritto è a conoscenza che i dati personali contenuti nella presente istanza saranno trattati nel rispetto della normativa sulla privacy e saranno utilizzati esclusivamente al fine dell'iscrizione nel predetto Albo.

Allego alla presente fotocopia del documento di identità personale in corso di validità.

Frosinone, 19-10-2017

Il dichiarante
