

All'Area Risorse Umane – Ufficio Giuridico  
A.S.P. Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio  
Via Marostica 8, 20146 Milano

Il/la sottoscritto/a..... C.F. ....

**CHIEDE**

di essere ammesso/a all'avviso pubblico, per titoli e colloquio, per la stipula di n. 1 contratto a tempo determinato della durata di anni due di Dirigente Medico presso l'Azienda (Area Medica e delle Specialità Mediche, Posizione Funzionale di Dirigente Medico per la Disciplina di Geriatria.

Al tal fine, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n.445 e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

*(barrare le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate e richieste dal bando)*

- di essere nato/a a ..... il .....
- di essere residente a ..... (C.A.P. ....)  
in via ..... n. ....  
tel. abitazione ..... cellulare .....
- di essere cittadino/a ..... (specificare se italiano o di altro Stato);
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di .....
- oppure*
- di non essere iscritto/a nelle liste elettorali o di essere cancellato/a dalle liste elettorali del Comune di ..... per i seguenti motivi:  
.....;
- di non aver subito condanne penali
- oppure*
- di aver riportato le seguenti condanne penali:  
.....  
.....  
.....;
- oppure*

- di avere i seguenti procedimenti penali in corso:  
.....  
.....  
.....;
- di essere nella seguente situazione nei riguardi degli obblighi di leva: .....
- di essere fisicamente idoneo all'impiego;
- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
  - ☞ diploma di laurea in .....  
conseguito presso .....in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_;
  - ☞ diploma di specializzazione in .....  
conseguito presso ..... in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
numero anni di durata legale del corso.....;
  - ☞ diploma di specializzazione in .....  
conseguito presso ..... in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
numero anni di durata legale del corso.....;
  - ☞ master universitario .....  
conseguito presso ..... in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_;
- di essere abilitato all'esercizio della professione conseguita in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Ordine dei .....della Provincia di .....  
dal .....– n° di iscrizione .....
- di non essere stato/a destituito/a dall'impiego ovvero licenziato da una Pubblica Amministrazione;
- di non aver prestato servizio alle dipendenze di Pubbliche Amministrazioni;  
*oppure*
- di aver prestato o di prestare i seguenti servizi alle dipendenze di Pubbliche Amministrazioni di cui  
all'allegato "1.A", parte integrante e sostanziale della presente domanda;
- di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto a riserva del posto, ovvero a precedenza o  
preferenza nell'assunzione:  
.....;
- di produrre il curriculum formativo e professionale di cui all'allegato "1.B" (sezioni curriculum, e  
partecipazione a eventi formativi) parte integrante e sostanziale della seguente domanda;
- di produrre l'elenco delle pubblicazioni e titoli scientifici di cui all'allegato "1.C", parte integrante e  
sostanziale della presente domanda;
- di richiedere il seguente ausilio, nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi, per sostenere il  
colloquio, in quanto riconosciuto portatore di handicap ai sensi dell'art. 20 della Legge 104/1992:

(compilare solo in presenza di handicap riconosciuto)

.....;

- di eleggere il seguente domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta eventuale comunicazione, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ed esonerando l'A.S.P Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio da qualsiasi responsabilità in caso di propria irreperibilità:

presso .....

via ..... n°.....

C.A.P. .... città ..... prov. ....;

*oppure nel caso di domanda inviata tramite PEC,*

all'indirizzo PEC .....

- di manifestare il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D. Lgs. 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data .....

FIRMA .....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

(art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n.445)

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in via ..... n°.....  
consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR nel caso di dichiarazioni non  
veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

che le copie dei documenti sotto elencati, presentati con la domanda di partecipazione all'avviso pubblico,  
per titoli e colloquio, per la stipula di n. 1 contratto a tempo determinato della durata di anni due di  
Dirigente Medico presso l'Azienda (Area Medica e delle Specialità Mediche, Posizione Funzionale di  
Dirigente Medico per la Disciplina di Geriatria, sono conformi agli originali:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- altre dichiarazioni:

.....  
.....  
.....  
.....

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti  
saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale  
la presente dichiarazione viene resa.

Data .....

Firma .....

**ALLEGATO 1.B CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE – SEZIONE CURRICULUM**

(in caso di più servizi, è possibile fotocopiare il presente allegato più volte)

**Dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445.**

**SERVIZI PREGRESSI PRESSO PRIVATI**

Denominazione ente .....  
Periodo dal – al (indicare gg/mm/aaaa) .....  
Qualifica .....  
Tipologia di rapporto (indicare se tempo indeterminato/determinato; tempo pieno\*/part-time\*)  
.....

Denominazione ente .....  
Periodo dal – al (indicare gg/mm/aaaa) .....  
Qualifica .....  
Tipologia di rapporto (indicare se tempo indeterminato/determinato; tempo pieno\*/part-time\*)  
.....

**SERVIZI PREGRESSI CON CONTRATTI DI LAVORO ATIPICI**

Denominazione ente .....  
Periodo dal – al (indicare gg/mm/aaaa) .....  
Qualifica .....  
Tipologia di rapporto (indicare: co.co.co\*; co.co.pro\*; incarichi libero professionali\*; collaborazioni occasionali).....

Denominazione ente .....  
Periodo dal – al (indicare gg/mm/aaaa) .....  
Qualifica .....  
Tipologia di rapporto (indicare: co.co.co\*; co.co.pro\*; incarichi libero professionali\*; collaborazioni occasionali).....

**STAGE**

.....  
.....  
.....

**ALTRO**

(titoli vari non valutabili nelle altre sezioni)

.....  
.....  
.....

Luogo e data.....

Firma.....

\* Indicare il numero di ore settimanali previste da contratto

**ALLEGATO 1.A SERVIZI PREGRESSI PRESTATI PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI**

(in caso di più servizi, è possibile fotocopiare il presente allegato più volte)

Dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n.445

ENTE	QUALIFICA	PERIODO DI SERVIZIO		ASPETTATIVE O ALTRI MOTIVI DI INTERRUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO			CAUSA CESSAZIONE DEL SERVIZIO	TIPO DI RAPPORTO (BARRARE LA CASELLA INTERESSATA CON INDICAZIONE DELL'ORARIO SETTIMANALE SVOLTO)				
		DAL (G/M/A)	AL (G/M/A)	DAL (G/M/A)	AL (G/M/A)	MOTIVO INTERRUZIONE		TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO	FULL TIME	ORARIO RIDOTTO	ORARIO SETTIMANALE

Luogo e data .....

Firma .....

**ALLEGATO 1.B CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE – SEZIONE PARTECIPAZIONE EVENTI FORMATIVI**

(in caso di più eventi, è possibile fotocopiare il presente allegato più volte)

Dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n.445

TIPOLOGIA EVENTO (corso, convegno, congresso, ecc.)	TITOLO EVENTO	DATA SVOLGIMENTO (gg/mm/aaaa)	ENTE ORGANIZZATORE	ESAME FINALE		PARTECIPAZIONE IN QUALITÀ DI (docente/relatore, tutor, uditore, ecc.)	N° CREDITI ECM	DURATA (ORE E/O GIORNATE)
				SI	NO			

Luogo e data .....

Firma .....

## ALLEGATO 1.C PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI

(in caso di più pubblicazioni e titoli scientifici. è possibile fotocopiare il presente allegato più volte)

Dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n.445

TITOLO	RIVISTA TESTO DI PUBBLICAZIONE	CASA EDITRICE	IMPACT FACTOR		AUTORE		DATA PUBBLICAZIONE (gg/mm/aaaa)	TIPOLOGIA					
			SI	NO	AUTORE UNICO	COAUTORE (1°, 2° O ULTIMO NOME)		PUBBLICAZI ONE	CAPITOLO DI LIBRO	ABSTRACT	POSTER	ATTO DI CONGRESSO	

Luogo e data .....

Firma .....