

ALLEGATO - schema di domanda

(da compilare in modo chiaro e leggibile, possibilmente in stampatello)

**ALL'AREA RISORSE UMANE – UFFICIO GIURIDICO
DELL'A.S.P. ISTITUTI MILANESI MARTINITT E STELLINE E PIO ALBERGO TRIVULZIO
VIA MAROSTICA, 8 – 20146 MILANO**

Il/la sottoscritto/a _____
Nome _____ Cognome _____
nato/a _____ prov. _____ il _____
abitante (domicilio) in _____ prov. _____
C.A.P. _____ Via _____ n. _____
e residente in _____ prov. _____
C.A.P. _____ Via _____ n. _____
Cittadinanza _____ tel. _____
cel. _____ e-mail _____ @ _____
Codice fiscale

CHIEDE

di poter partecipare alla procedura comparativa per la creazione di un elenco di terapisti occupazionali in rapporto libero professionale.

Il/la sottoscritto/a indica la seguente preferenza, puramente indicativa e non vincolante per l'Azienda, relativa alla sede di svolgimento dell'attività (*contrassegnare la casella o le caselle scelte*):

- Milano (sedi del Pio Albergo Trivulzio e dell'RSA Principessa Jolanda)
- Merate (sede dell'Istituto Frisia)
- domiciliare (incluse prestazioni di assistenza domiciliare integrata)

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo DPR per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara sotto la propria responsabilità (*devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alla dichiarazioni effettuate*):

- di godere dei diritti civili e politici
 - di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative all'incarico da conferire
 - di non aver subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso
-

di essere in possesso del seguente titolo di studio:

diploma di laurea in _____

(specificare se laurea specialistica - laurea triennale conseguita ai sensi del nuovo ordinamento o se diploma- attestato equivalente al diploma di laurea conseguito in base al precedente ordinamento)

conseguito il _____ con la votazione di _____

presso _____

di avere maturato una pregressa esperienza di terapeuta occupazionale presso strutture sanitarie pubbliche ad indirizzo geriatrico

(tale esperienza deve essere debitamente documentata nel curriculum vitae allegato)

di avere preso visione del bando della procedura comparativa e di conoscere ed accettare tutte le condizioni ivi previste

di autorizzare l'A.S.P. I.M.M.e S. e P.A.T. al trattamento dei dati personali forniti ai sensi del D. Lgs. 196/2003 ai fini della gestione della presente procedura

che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda sia fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni

Nome _____ Cognome _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____

tel. _____ cel. _____

e-mail _____ @ _____ fax _____

Luogo e data _____

Firma _____

Si allega:

⇒ curriculum vitae datato e firmato;

⇒ fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità (fronte e retro);

⇒ fotocopia del titolo di studio conseguito;

⇒ permesso di soggiorno in corso di validità o cedolino attestante la richiesta di rinnovo (solo per i cittadini non appartenenti all'Unione Europea).

