

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 il conferimento del seguente incarico libero professionale:

n. 1 medico specializzato in endocrinologia o in disciplina riconosciuta equipollente;

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara (*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 \_\_\_\_\_

conseguito il \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_

specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_

di essere iscritto all'Albo dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_

di comunicare il seguente il numero di partita iva \_\_\_\_\_

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, impegandosi a comunicare le eventuali successive variazioni

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Allega:**

⇒ curriculum vitae datato e firmato;

⇒ copia non autenticata di un documento di identità in corso di validità;

⇒ copia del diploma di laurea e della specializzazione;

⇒ copia dell'eventuale dichiarazione di equipollenza del titolo di studio conseguito all'estero rilasciata da parte del Ministero della Salute;

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