

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:

(contrassegnare la casella o le caselle scelte)

fisioterapisti in rapporto libero professionale

logopedisti 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 (includere 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 fisioterapista o logopedista presso strutture sanitarie 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).

