

**ALLEGATO n. 1 - schema di domanda**

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

**ALL'AREA RISORSE UMANE E ACCREDITAMENTO – 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 in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
*(indicare il domicilio)*

residente in in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
*(indicare la residenza)*

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Permitted di soggiorno per motivi \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_  
*(Da compilare solo se cittadino di un Paese extra Unione Europea)*

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

Codice fiscale

**CHIEDE**

di poter partecipare all'avviso interno, per titoli ed eventuale colloquio, per il conferimento di un incarico di *ex* eccellenza (art. 27, comma 1, lett.C) CCNL 8.06.2000 - Alta Specialità 4°A grado medico) come sotto specificato:  
*(contrassegnare la UOC prescelta o le UOC prescelte)*

- n. 2 posizioni presso la UOC 1 "Cure Intermedie";
- n. 3 posizioni presso la UOC 2 "Cure Intermedie";
- n. 3 posizioni presso la UOC 4 "Recupero e Rieducazione Funzionale e Poliambulatorio" di cui n.1 per attività di fisiatria, n.1 per percorso diagnostico e terapeutico "Parkinson" e n.1 per percorso diagnostico e terapeutico "Cardiologia".

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 alle dichiarazioni effettuate):*

- di godere dei diritti civili e politici
- di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative all'incarico da conferire
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:  
diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione medico chirurgica in data \_\_\_\_\_
- di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_



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 \_\_\_\_\_

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

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

di essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato;

di essere in servizio con rapporto di lavoro esclusivo;

di essere in possesso di anzianità di servizio di 5 anni (a tempo indeterminato e determinato purché il servizio in argomento sia stato prestato senza soluzione di continuità);

di aver conseguito una valutazione positiva, riferita all'ultimo incarico conferito, dal Collegio Tecnico;

di avere preso visione del bando di avviso interno 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.

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

Allega:

⇒ curriculum vitae datato e firmato;

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