

**ALLEGATO - 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 (**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 di n. 1 incarico libero professionale per prestazioni di ortopedia e traumatologia presso l'Azienda**

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 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, impegnandosi 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 di eventuale 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).