

**ALLEGATO 1 - 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 all'avviso interno, per titoli e colloquio, per il conferimento di incarico di Responsabile di Unità Operativa Semplice (incarico di cui all'art.27, comma 1, lett.b) CCNL 8.6.2000 come sotto specificato (*contrassegnare la casella scelta*):

- presso la UOC 1 Cure Intermedie: Unità Operativa Semplice Sanvito
- presso la UOC 3 Cure Intermedie: Unità Operativa Semplice S.Carlo e Valutazione Alzheimer
- presso la UOC 5 RSA e Hospice Trivulzio:
  - Unità Operativa Semplice RSA Bezzi;
  - Unità Operativa Semplice RSA Schiaffinati;
  - Unità Operativa Semplice RSA Fornari;
- presso la UOC 6 RSA Territoriale e Domiciliarità: Unità Operativa Semplice RSA e Cure Intermedie Frisia
- presso la Direzione Socio Sanitaria dell'Azienda: Unità Operativa Semplice Gestione Accesso e percorso paziente

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 l'esatta denominazione del corso di laurea)

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 della seguente specializzazione:

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 purchè il servizio in argomento sia stato prestato senza soluzione di continuità);

di aver superato con esito positivo le apposite verifiche effettuate 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

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).

---