

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 di incarichi libero professionali per prestazioni di *(contrassegnare la casella o le caselle scelte)*:

- fisioterapia
- fisioterapia *(con esperienza in riabilitazione respiratoria)*
- fisioterapia domiciliare
- terapia occupazionale
- terapia occupazionale domiciliare
- psicomotricità
- logopedia

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 svolto attività professionale come sotto indicato:

Denominazione Azienda	Qualifica	Tipologia di rapporto*	Impegno orario settimanale	Periodo	
				Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)

*Indicare "DIP" per rapporto di lavoro subordinato o "LP" per rapporto libero professionale o di collaborazione coordinata e continuativa o a progetto.

- 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);

⇒ copia 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).