

ALLEGATO 1 - schema di domanda
(da compilare in modo chiaro e leggibile, possibilmente in stampatello)

Spett.le
AREA RISORSE UMANE
A.S.P. IMMES e PAT
Via Trivulzio 15 – 20146 Milano

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ prov. _____ il _____
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 INFERMIERI DISPONIBILI A COLLABORARE IN RAPPORTO LIBERO PROFESSIONALE PRESSO L'AZIENDA

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 alle dichiarazioni effettuate):*

di dichiarare la propria disponibilità a svolgere prestazioni infermieristiche in rapporto libero professionale presso:
(indicare una delle due sedi o entrambe):

Pio Albergo Trivulzio, via Trivulzio 15, Milano Istituto Frisia, via Don Carlo Gnocchi 4, Merate (LC)

di godere dei diritti civili e politici

di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative all'incarico da conferire

di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso

di aver riportato le seguenti condanne e/o di avere i seguenti carichi pendenti:

di avere conseguito il seguente titolo di studio:

diploma di laurea in _____

conseguito il _____ con la votazione di _____ presso _____

di essere iscritto all'Albo Professionale degli Infermieri di _____

dal _____ n. iscrizione _____

di avere conseguito il seguente master _____

In data _____ presso l'Università _____

di avere preso visione del bando della procedura comparativa e di conoscere ed accettare tutte le condizioni ivi previste

di essere a conoscenza che l'inserimento nell'elenco non comporta alcun diritto ad essere affidatari di incarichi da parte dell'ASP e ad ottenere una remunerazione

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 e ai sensi del Regolamento (UE) n. 679/2016 ai fini della gestione della presente procedura

che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda sia fatta al seguente indirizzo email, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni:

_____@_____

Data e firma _____

Si allegano i seguenti documenti:

All. 2 curriculum vitae datato e firmato;

All. 3 fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità (fronte e retro).

Spazio riservato alla Direzione delle Professioni Sanitarie

Parere favorevole all'inserimento nell'elenco

Parere non favorevole all'inserimento nell'elenco

(indicare la motivazione solo ne caso di parere non favorevole):

Motivazione

Eventuali ulteriori annotazioni

Data e firma _____