

## ALLEGATO n. 1 - schema di domanda

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

### AL SERVIZIO RISORSE UMANE DELL'A.S.P. ISTITUTI MILANESI MARTINITT E STELLINE E PIO ALBERGO TRIVULZIO- VIA TRIVULZIO 15 – 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 AL PERSONALE DIPENDENTE AFFERENTE AL COMPARTO SANITA' PUBBLICA – ASSEGNAZIONE N. PER ATTIVITA' DI AUTISTA, COMMESSO E FATTORINO-**

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 essere dipendente a tempo indeterminato presso l'ASP IMMeS e PAT – Area del personale di supporto (ex cat. B) – a mansioni agevolate con il profilo professionale di \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_
- di essere dipendente a tempo indeterminato presso l'ASP IMMeS e PAT – Area degli Operatori (ex cat. BS) – a mansioni agevolate con il profilo professionale di \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_
- di essere idoneo alle mansioni indicate dall'avviso interno al personale dipendente afferente al Comparto Sanità Pubblica – assegnazione n. 1 unità per attività di autista, commesso e fattorino.

- di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_ presso l'Istituto \_\_\_\_\_
  
- di essere in possesso della patente di guida di tipo B rilasciata da \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_
  
- di autorizzare l'ASP IMMeS e PAT 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.

Luogo, data \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**-IMPORTANTE-**

Deve essere allegati alla presente domanda la fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità ed una copia fronte/retro della patente di guida di tipo B