

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 alla **MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO TITOLARE DI INCARICO DI UNITA' OPERATIVA SEMPLICE DA ASSEGNARE ALLA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO DELL'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 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 essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia

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 _____

specializzazione in _____ conseguita il _____

presso _____ con la votazione di _____

di essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato con qualifica di Dirigente medico presso l'ASP IMMeS e PAT;

di essere titolare di incarico di Responsabile della UOS _____;

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 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, 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).

