

**ALLEGATO 1 - schema di domanda**

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

Spett.le  
**AREA RISORSE UMANE**  
**SERVIZIO RISORSE UMANE**  
A.S.P. IMMES e PAT  
Via Marostica, 8 – 20146 Milano

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Cittadinanza \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
cel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
in servizio presso la seguente unità \_\_\_\_\_  
Codice fiscale

**CHIEDE**

di poter partecipare all'avviso interno, per titoli ed eventuale colloquio, per il conferimento di incarico, di durata quinquennale eventualmente rinnovabile, di Responsabile delle seguenti Unità Operative Semplici ai sensi dell'art 18, comma 1, par. I lett. c) CCNL Area Sanità del 19/12/2019:

*(contrassegnare la/le posizione/i di interesse)*

- UOS Governance Clinico Sanitaria e Risk Management – afferente al Dipartimento Socio Sanitario;
- UOS Appropriatelyzza e Accettazioni - afferente alla UOC Integrazione Ospedale – Territorio;
- UOS Dimissioni e Appropriatelyzza- afferente alla UOC Integrazione Ospedale – Territorio;
- UOS Cardio-Metabolica – afferente alla UOC Riabilitazione 1;
- UOS Cardio-Respiratoria - afferente alla UOC Riabilitazione 1;
- UOS Alzheimer e Demenze – afferente alla UOC Riabilitazione 2;
- UOS Oncologia e Cure Palliative – afferente alla UOC Riabilitazione 2;
- UOS Neuromotoria A – afferente alla UOC Riabilitazione 3;
- UOS Neuromotoria B - afferente alla UOC Riabilitazione 3;
- UOS RSA e Stati Vegetativi – afferente alla UOC Geriatria 1;
- UOS Alzheimer e Demenze – afferente alla UOC Geriatria 1;
- UOS Istituto Frisia – afferente alla UOC Geriatria 2.

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 seguente titolo di studio:

diploma di laurea in \_\_\_\_\_

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;

di essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo determinato;

di essere in servizio con rapporto di lavoro esclusivo;

di essere in possesso di anzianità di servizio di 5 anni;

di aver superato con esito positivo le apposite verifiche effettuate dal Collegio Tecnico o di avere conseguito una valutazione annuale positiva negli ultimi 5 anni;

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 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).

---

Det RU/3/2023 del 02/05/2023 - avviso interno, per titoli ed eventuale colloquio, per il conferimento di incarico, di durata quinquennale eventualmente rinnovabile, di Responsabile Unità Operative Semplici