

ALLEGATO 1 - schema di domanda

ALL'AREA TECNICO AMMINISTRATIVA PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE
SERVIZIO RISORSE UMANE
DELL'A.S.P. ISTITUTI MILANESI MARTINOTTI E STELLINE E PIO ALBERGO TRIVULZIO
VIA MAROSTICA, 8 – 20146 MILANO

Il/la sottoscritto/a _____
Cognome Nome

nato/a _____ prov. _____ il _____

residente in _____ prov. _____ C.A.P. _____ Via _____ n. _____

n. telefonico aziendale _____ cell. _____

in servizio con qualifica di _____ presso _____

CHIEDE

di poter partecipare alla selezione interna, per titoli e per colloquio, per il conferimento del seguente incarico di funzione:

- Incarico organizzativo con funzioni di coordinamento infermieristico (ex posizione organizzativa)
- Incarico organizzativo con funzioni di coordinamento Riabilitativo/animazione (ex posizione organizzativa)
- Incarico di coordinamento infermieristico I° livello
- Incarico di coordinamento "di Medicina del Lavoro"
- Incarico di coordinamento riabilitativo
- Incarico di coordinamento infermieristico di II° livello
- Professionista specialista "di Cronicità"

a tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara (**devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate**):

di essere in servizio a tempo indeterminato e a tempo pieno presso l'ASP IMMES e PAT

di essere inquadrato nella seguente categoria professionale D *ovvero* DS
(contrassegnare una delle due caselle)

di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
(indicare se laurea specialistica/magistrale o laurea quadriennale o laurea triennale o diploma equipollente)

conseguito il _____ con la votazione di _____

presso _____

- di essere in possesso dei seguenti ulteriori requisiti specifici indicati nel bando:
(a titolo indicativo e semplificativo: possesso di master o di certificato di abilitazione alle funzioni direttive, iscrizione per il conseguimento di master specialistici, iscrizione ad albi, possesso dell'anzianità di servizio richiesta, ulteriori titoli accademici, etc.)

- di aver prestato o di prestare i seguenti servizi alle dipendenze di Pubbliche Amministrazioni di cui all'allegato **"1.A"**, parte integrante e sostanziale della presente domanda (pag. 3);
- di aver prestato o di prestare i seguenti servizi presso privati, contratti atipici, stage, tirocini e di cui all'allegato **"1.B"**, parte integrante e sostanziale della presente domanda (pag. 4-5);
- di produrre l'elenco degli eventi formativi ai quali si è partecipato (*corsi, convegni, etc*) di cui all'allegato **"1.B"**, parte integrante e sostanziale della seguente domanda (pag. 6);
- di produrre l'elenco delle pubblicazioni e titoli scientifici posseduti di cui all'allegato **"1.C"**, parte integrante e sostanziale della presente domanda (pag. 7);
- 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 e del Regolamento (UE) n. 679/2016 ai fini della gestione della presente procedura

Luogo e data _____

Firma _____

Si allegano alla domanda i seguenti documenti:

- copia non autenticata di un documento di identità in corso di validità;
- curriculum vitae datato e firmato;
- **dichiarazione 1.A Servizi pregressi prestati verso Pubbliche amministrazioni;**
- **dichiarazione 1.B Sezione Curriculum professionale e formativo - Servizi lavorativi presso privati, servizi pregressi con contratti atipici, stage, tirocini, partecipazione eventi formativi, altro;**
- **dichiarazione 1.C - Pubblicazione e titoli scientifici.**

ALLEGATO 1.A

SERVIZI PREGRESSI PRESTATI PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

Dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n.445

ENTE / AZIENDA	QUALIFICA	PERIODO DI SERVIZIO		INDICARE EVENTUALE INCARICO DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA (PO) O COORDINAMENTO (COOR)			ASPETTATIVE O ALTRI MOTIVI DI INTERRUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO			CAUSA CESSAZIONE DEL SERVIZIO	TIPO DI RAPPORTO (BARRARE LA CASELLA INTERESSATA CON INDICAZIONE DELL'ORARIO SETTIMANALE SVOLTO)			
		DAL (G/M/A)	AL (G/M/A)	TIPOLOGIA INCARICO	DAL (G/M/A)	AL (G/M/A)	DAL (G/M/A)	AL (G/M/A)	MOTIVO INTERRUZIONE		TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO	FULL TIME	PART TIME

DATA _____

FIRMA _____

ALLEGATO 1.B

- SEZIONE CURRICULUM PROFESSIONALE E FORMATIVO -

SERVIZI LAVORATIVI PRESSO PRIVATI, SERVIZI PREGRESSI CON CONTRATTI ATIPICI, STAGE, TIROCINI, PARTECIPAZIONE EVENTI FORMATIVI, ALTRO

Dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n.445

- SERVIZI PREGRESSI PRESSO PRIVATI:

ENTE / AZIENDA	QUALIFICA	PERIODO DI SERVIZIO		ASPETTATIVE O ALTRI MOTIVI DI INTERRUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO			CAUSA CESSAZIONE DEL SERVIZIO	TIPO DI RAPPORTO (BARRARE LA CASELLA INTERESSATA CON INDICAZIONE DELL'ORARIO SETTIMANALE SVOLTO)			
		DAL (G/M/A)	AL (G/M/A)	DAL (G/M/A)	AL (G/M/A)	MOTIVO INTERRUZIONE		TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO	FULL TIME	PART TIME

- SERVIZI PREGRESSI CON CONTRATTI ATIPICI PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE O PRIVATE:

ENTE / AZIENDA	QUALIFICA	PERIODO DI SERVIZIO		ASPETTATIVE O ALTRI MOTIVI DI INTERRUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO			CAUSA CESSAZIONE DEL SERVIZIO	TIPO DI RAPPORTO (BARRARE LA CASELLA INTERESSATA CON INDICAZIONE DELL'ORARIO SETTIMANALE SVOLTO)			
		DAL (G/M/A)	AL (G/M/A)	DAL (G/M/A)	AL (G/M/A)	MOTIVO INTERRUZIONE		TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO	FULL TIME	PART TIME

- STAGE:

ENTE / AZIENDA	MANSIONE	PERIODO		CAUSA CESSAZIONE
		DAL (G/M/A)	AL (G/M/A)	

- TIROCINI:

ENTE / AZIENDA	MANSIONE	PERIODO		CAUSA CESSAZIONE
		DAL (G/M/A)	AL (G/M/A)	

- PARTECIPAZIONE EVENTI FORMATIVI:

TIPOLOGIA EVENTO (CORSO, CONVEGNO...)	TITOLO EVENTO	DATA SVOLGIMENTO (gg/mm/aaaa)	ENTE ORGANIZZATORE	ESAME FINALE		PARTECIPAZIONE IN QUALITÀ DI	N° CREDITI ECM	DURATA (ORE E/O GIORNATE)
				SI	NO			

- ALTRO (tutto ciò che non rientra nelle precedenti sezioni):

ENTE / AZIENDA	MANSIONE	PERIODO		CAUSA CESSAZIONE
		DAL (G/M/A)	AL (G/M/A)	

DATA _____

FIRMA _____

ALLEGATO 1.C - PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI

Dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n.445

TITOLO PUBBLICAZIONE	RIVISTA TESTO DI PUBBLICAZIONE	CASA EDITRICE	IMPACT FACTOR		AUTORE		DATA PUBBLICAZIONE (G/M/A)	CONTENUTO		
			SI	NO	AUTORE UNICO	COAUTORE (1°, 2° O ULTIMO NOME)		COMPILATIVO DIVULGATIVO	ESPOSIZIONI DATI CASISTICHE	MONOGRAFIA

DATA _____

FIRMA _____