

ALLEGATO 1 - schema di domanda

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

**ALL'AREA GESTIONE RISORSE UMANE E ACCREDITAMENTO
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 _____ @ _____

indirizzo PEC _____ @ _____

Codice fiscale

CHIEDE

di poter partecipare alla **PROCEDURA COMPARATIVA PER LA CREAZIONE DI UN ALBO FISIOTERAPISTI DISPONIBILI A COLLABORARE IN RAPPORTO LIBERO PROFESSIONALE PER LO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI DOMICILIARI E PRESTAZIONI AFFERENTI AL SERVIZIO ADI AZIENDALE**

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 godere dei diritti civili e politici
- di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative all'incarico da conferire
- di non aver subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso (ovvero 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 essere in possesso dei seguenti master:

master in _____ conseguita il _____

presso _____ con la votazione di _____

master in _____ conseguita il _____

presso _____ con la votazione di _____

- di essere iscritto all'Albo _____

(indicare provincia iscrizione albo e data di iscrizione)

- di comunicare il seguente il numero di partita iva _____

- 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

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

e-mail _____ @ _____

indirizzo PEC _____ @ _____

Luogo e data _____ Firma _____

Si allegano:

⇒ curriculum vitae datato e firmato;

⇒ copia non autenticata di un documento di identità in corso di validità;

⇒ eventuale copia dell'eventuale dichiarazione di equipollenza del titolo di studio conseguito all'estero rilasciata da parte del Ministero della Salute;

⇒ eventuale permesso di soggiorno in corso di validità o cedolino attestante la richiesta di rinnovo (solo per i cittadini non appartenenti all'Unione Europea).