

ALLEGATO 1 - schema di domanda
(da compilare in modo chiaro e leggibile, possibilmente in stampatello)

**AL DIPARTIMENTO TECNICO-AMMINISTRATIVO
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 ALL'ASSEGNAZIONE PRESSO IL SERVIZIO DI MEDICINA PREVENTIVA E DEL LAVORO DELL'ASP IMMES e PAT**

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 – profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere – Cat. D – in servizio presso _____

di essere in possesso dei seguenti titoli di studio/specializzazioni/master
_____ conseguito il _____
presso _____

_____ conseguito il _____
presso _____

_____ conseguito il _____
presso _____

di essere a mansioni agevolate

di avere preso visione dell'avviso interno e di conoscere ed accettare tutte le condizioni ivi previste, inclusa la disponibilità del candidato alla partecipazione al corso dell'Istituto Superiore di Sanità "Corso FAD ISS attività contact tracing";

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).