

ALLEGATO n. 1 - schema di domanda

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

AL SERVIZIO RISORSE UMANE
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 in _____ prov. _____ C.A.P. _____ Via _____ n. _____
(indicare il domicilio)

residente in in _____ prov. _____ C.A.P. _____ Via _____ n. _____
(indicare la residenza)

Cittadinanza _____ Permitted di soggiorno per motivi _____ scadenza _____
(Da compilare solo se cittadino di un Paese extra Unione Europea)

tel. _____ cel. _____

e-mail _____ @ _____

Codice fiscale

CHIEDE

di poter partecipare alla **MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALL'ASSEGNAZIONE PRESSO LA UOS FARMACIA PER L'ATTIVITA' DI MAGAZZINIERE**

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 – **Operatore Tecnico – Area del Personale di Supporto - a mansioni agevolate (ex cat. B)** in servizio presso _____
- di essere dipendente a tempo indeterminato presso l'ASP IMMeS e PAT – profilo **Operatore Tecnico Specializzato – Area degli Operatori- a mansioni agevolate (ex cat. BS)** in servizio presso _____
- di essere dipendente a tempo indeterminato presso l'ASP IMMeS e PAT – profilo - **Operatore Tecnico Geriatrico - Area del Personale di Supporto - a mansioni agevolate (ex cat. B)** in servizio presso _____

- di essere dipendente a tempo indeterminato presso l'ASP IMMeS e PAT – profilo – **Operatore Socio Sanitario**
– **Area degli Operatori** - a mansioni agevolate (ex cat. BS) in servizio presso _____

- di essere idoneo alle mansioni indicate dall'avviso MANIFESTAZIONI DI INTERESSE ALL'ASSEGNAZIONE PRESSO LA UOS FARMACIA PER L'ATTIVITA' DI MAGAZZINIERE;

- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____ conseguito il _____ presso l'Istituto _____

- di autorizzare l'ASP IMMeS e PAT 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;

Luogo, data _____ FIRMA _____

-IMPORTANTE-

Deve essere allegati alla presente domanda la fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità.