

**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. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare alla **MANIFESTAZIONE D'INTERSE PER LA DISPONIBILITA' DI MEDICI A PRESTARE SUPPORTO ALLA CAMPAGNA VACCINI SARS-CoV-2 PRESSO L'AZIENDA – PIO ALBERGO TRIVULZIO PER UN PERIODO DI MESI 6**

**A TAL FINE DICHIARA**

- di essere dipendente presso l'ASP IMMES e PAT – profilo Dirigente Medico in servizio presso \_\_\_\_\_
- di essere disponibile a prestare attività di supporto alla campagna vaccini al di fuori dell'orario di servizio
- di essere a conoscenza di trovarsi nelle condizioni indicate al punto 3 dell'avviso interno:
1. essere esente da limitazioni anche parziali o prescrizioni come certificate dal Medico Competente che non consentano lo svolgimento dell'attività lavorativa tipica della mansione;
  2. non beneficiare, nel mese in cui è richiesta la prestazione aggiuntiva, di istituti normativi o contrattuali che comportino la riduzione dell'orario di lavoro (es. congedi parentali fruiti anche su base oraria, permessi per Legge 104/92, etc);
  3. non essere in aspettativa e/o congedo e/o permesso a qualsiasi titolo, anche non retribuito;
  4. non essere in malattia od infortunio;
  5. non beneficiare di agevolazioni nei turni o in orario ridotto a seguito di maternità;
  6. non avere un saldo orario negativo rispetto a quello istituzionalmente dovuto.
- 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 \_\_\_\_\_