

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 MARTINOTTI 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, IN COMANDO FUNZIONALE, RIVOLTO A COLLABORATORI PROFESSIONALI SANITARI - TECNICI DI RADIOLOGIA PRESSO IL CENTRO RADIOLOGICO POLISPECIALISTICO DI TERNATE S.R.L.

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 Collaboratore Professionale Sanitario - Tecnico di Radiologia, cat. D del comparto sanità pubblica in servizio presso _____

di essere in possesso del seguente titolo del/dei studio _____
_____ conseguito il _____ presso _____

di essere in possesso della seguente specializzazione:

specializzazione in _____ conseguita il _____

presso _____

specializzazione in _____ conseguita il _____

presso _____

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).