

**AVVISO INTERNO RISERVATO AI DIRIGENTI MEDICI DIPENDENTI PER
L’AFFIDAMENTO DI INCARICHI DI STRUTTURA SEMPLICE QUALE
ARTICOLAZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA**

Al Direttore Generale
dell’Azienda di Servizi alla Persona
“GOLGI-REDAELLI”
c/o Ufficio Protocollo
Via B. D’Alviano, 78
20146 MILANO

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome)
nato/a il _____ a _____ prov. _____
(giorno mese anno)
residente a _____ via _____ n. _____
con recapito in _____ n. _____
(via o piazza)
città _____ prov. _____ cap. _____
recapiti telefonici _____ e-mail _____
codice fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione interna riservata ai dirigenti medici per l’affidamento dei seguenti incarichi di struttura semplice quale articolazione di struttura complessa (*barrare la casella corrispondente*):

X	Struttura semplice	Afferenza Struttura complessa
<input checked="" type="checkbox"/>	UOS Servizi diurni e territoriali Istituto di Milano	UOC Direzione Medica di Milano
<input type="checkbox"/>	UOS Servizi diurni e territoriali Istituto di Vimodrone	UOC Direzione Medica di Vimodrone
<input type="checkbox"/>	UOS Servizi diurni e territoriali Istituto di Abbiategrasso	UOC Direzione Medica di Abbiategrasso
<input type="checkbox"/>	UOS RSA Demenze e Rete Alzheimer Istituto di Vimodrone	UOC Direzione Medica di Vimodrone
<input type="checkbox"/>	UOS Cure Intermedie e Riabilitazione Istituto Abbiategrasso	UOC Direzione Medica di ABBIATEGRASSO

A tal fine certifica, ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 del DPR 28.12.2000 n. 445 i dati anagrafici sopra indicati e dichiara (*le dichiarazioni, per essere considerate valide, dovranno essere confermate apponendo una X nei relativi quadratini e completate dei dati mancanti*):

- di essere in possesso del requisito di anzianità di almeno 5 anni e di aver riportato valutazioni positive al termine dei primi 5 anni di servizio
- di essere Dirigenti dell’ASP Golgi Redaelli in servizio con rapporto di lavoro:
- subordinato e a tempo indeterminato subordinato e a tempo determinato
- esclusivo non esclusivo
- di essere assegnato alla UOC Direzione Medica dell’Istituto di
- Milano Vimodrone Abbiategrasso

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione e di accettare tutte le indicazioni contenute nell'avviso in merito all'oggetto dell'incarico, alla gestione della procedura ed agli adempimenti conseguenti.

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali esclusivamente ai fini dell'espletamento della procedura ed ai relativi adempimenti successivi, nel rispetto delle vigenti norme in materia (Regolamento UE n. 679/2016 e del D. Lgs. 196/2003).

Con osservanza.

(luogo e data)

FIRMA LEGGIBILE

Allegare alla presente domanda:

- fotocopia del documento d'identità (fronte e retro)
- **curriculum formativo e professionale datato e firmato, redatto sotto forma di autocertificazione ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000**