

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER TITOLI E COLLOQUIO PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO A TEMPO DETERMINATO DI "DIRIGENTE MEDICO".

All'Azienda di Servizi alla Persona
"GOLGI-REDAELLI"
Ufficio Protocollo
Via B. D'Alviano, 78
20146 MILANO

Il/La sottoscritto/a _____ Sesso M F
(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. _____
telefono _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione pubblica di cui all'oggetto.

A tal fine consapevole delle sanzioni previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 (*le dichiarazioni, per essere considerate valide, dovranno essere confermate apponendo una X nei relativi quadratini e completate dei dati mancanti*):

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 s.m.i.:

- di essere in possesso della cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea:

- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____
ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime _____

- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso
- di aver riportato le seguenti condanne penali _____
- di avere i seguenti procedimenti penali in corso _____
- di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita nell'anno _____
con la votazione di _____ presso _____

(indicare l'università che ha rilasciato il titolo e relativo indirizzo)

di essere in possesso dell'abilitazione alla professione medico-chirurgica

di essere iscritto all'albo dell'Ordine dei Medici di _____ n° _____

di essere in possesso della specializzazione in igiene o della seguente disciplina equipollente o affine _____ conseguita nell'anno _____ con la votazione di _____ presso _____

di aver prestato servizio effettivo per almeno cinque anni presso Aziende o Enti del Servizio Sanitario Nazionale in profilo analogo a quello messo a bando

. (indicare con precisione l'Ente datore di lavoro, il contratto applicato, la qualifica ed il periodo di servizio)

- dal _____ al _____ presso _____
qualifica e relativo CCNL _____
- dal _____ al _____ presso _____
qualifica e relativo CCNL _____
- dal _____ al _____ presso _____
qualifica e relativo CCNL _____
- dal _____ al _____ presso _____
qualifica e relativo CCNL _____
- dal _____ al _____ presso _____
qualifica e relativo CCNL _____

di aver provveduto al versamento del contributo spese amministrative di € 15,00= effettuato in data _____ mediante _____

(la Tesoreria dell'Azienda ovvero c/c Banco Posta)

di non essere stato/a destituito/a da un impiego precedentemente conseguito in una Pubblica Amministrazione né di essere decaduto/a da un precedente impiego per aver conseguito la nomina mediante documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

di essere in possesso del seguente codice fiscale: _____

di voler far valere il diritto di preferenza, in caso di parità di punteggio con altro candidato, in quanto _____

(indicare i requisiti: es.: orfano/a di guerra, profugo/a, coniugato/a, appartenente alle categorie protette, ecc.)

di accettare in caso di nomina tutte le disposizioni che regolano lo stato giuridico ed economico dei dipendenti dell'Azienda e l'assegnazione ad una delle sedi di lavoro.

ALLEGATI ALLA DOMANDA ai fini della valutazione dei titoli:

CURRICULUM PROFESSIONALE (redatto secondo quanto indicato nel bando, su carta semplice sotto forma di autocertificazione, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000, datato e sottoscritto);

PUBBLICAZIONI (prodotte in copia con dichiarazione sostitutiva di conformità all'originale, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a chiede che le comunicazioni relative al presente avviso gli/le siano inviate al seguente indirizzo _____

e nel contempo si impegna a comunicare tempestivamente per iscritto le eventuali variazioni di indirizzo all'Area Personale e Organizzazione – Sede Amministrativa - via B. D'Alviano, 78 - 20146 Milano - esonerando l'Azienda da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Il sottoscritto autorizza l'utilizzo dei dati di cui alla presente dichiarazione esclusivamente ai fini dell'avviso ed ai relativi adempimenti successivi all'espletamento delle procedure.

Con osservanza.

(luogo e data)

FIRMA LEGGIBILE

Allegare:

- **fotocopia (fronte e retro) del documento d'identità**
- **ricevuta del pagamento del contributo alle spese amministrative**
- **altri eventuali documenti (rinvio all'avviso pubblico)**