

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO DI SELEZIONE INTERNA PER
L'INDIVIDUAZIONE DEI DIPENDENTI IDONEI ALL'ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI DI
ORGANIZZAZIONE DI UNITA' ASSISTENZIALE (COORDINAMENTO) RISERVATO AL
PERSONALE INFERMIERISTICO E AL PERSONALE DELLE PROFESSIONI DELLA
RIABILITAZIONE DI CATEGORIA D E Ds SENIOR**

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 per il conferimento del/dei seguente/i incarico/chi funzionale/i di organizzazione dei processi o servizi trasversali elencati (barrare l'incarico di interesse):

Incarichi di organizzazione di unità assistenziale (coordinamento) riservati al personale infermieristico

✓	ID	Sede	n. incarichi	Denominazione unità assistenziale	Profilo Richiesto
<input type="checkbox"/>	ICPI38	Milano	2	MI - Palazzina 1 Rsa Alzheimer MI - Palazzina 2 Rsa Alzheimer	Collaboratore sanitario (infermiere o assistente sanitario)
<input type="checkbox"/>	ICPI39	Milano	6	MI - G.P.II - 0 Riabilitazione Generale Geriatrica Alzheimer MI - G.P.II - 1 Riabilitazione Specialistica MI - G-P-II - 2 Riabilitazione Generale Geriatrica MI - G-P-II - 3 Riabilitazione Generale Geriatrica MI - Reparto 3A Riabilitazione Mantenimento MI - Reparto 3B Riabilitazione Mantenimento	Collaboratore sanitario (infermiere o assistente sanitario)
<input type="checkbox"/>	ICPI40	Vimodrone	3	VI - Centro Alzheimer RSA VI - Reparto 1/1 RSA NAT VI - Reparto 1/5 RSA NAT	Collaboratore sanitario (infermiere o assistente sanitario)
<input type="checkbox"/>	ICPI41	Vimodrone	5	VI - Reparto 2/1 Riabilitazione Mantenimento VI - Reparto 2/5 Riabilitazione Mantenimento VI - Reparto 4/1 Riabilitazione Specialistica VI - Reparto 4/5 Riabilitazione Generale Geriatrica VI - Reparto R/1 Riabilitazione Generale Geriatrica	Collaboratore sanitario (infermiere o assistente sanitario)
<input type="checkbox"/>	ICPI42	Abbiategrasso	4	AB - Nucleo Alzheimer 1 AB - Nucleo Alzheimer 2 AB - S. Bartolomea RSA NAT AB - S. Camillo RSA NAT	Collaboratore sanitario (infermiere o assistente sanitario)
<input type="checkbox"/>	ICPI43	Abbiategrasso	2	AB - Riabilitazione 1 Generale Geriatrica Specialistica AB - Riabilitazione 2 Generale Geriatrica Mantenimento	Collaboratore sanitario (infermiere o assistente sanitario)

Incarichi di organizzazione di unità assistenziale (coordinamenti) riservati al personale della riabilitazione

<input checked="" type="checkbox"/>	ID	Sede	n. incarichi	Denominazione unità assistenziale	Profilo Richiesto
<input type="checkbox"/>	ICPR44	Milano	1	MI – Coordinamento Logopedisti	Collaboratore sanitario logopedista
<input type="checkbox"/>	ICPR45	Milano	1	MI – Coordinamento Terapisti Occupazionali	Collaboratore sanitario terapeuta occupazionale
<input type="checkbox"/>	ICPR46	Milano	1	MI – Coordinamento Fisioterapisti Nucleo Palestre RSA Alzheimer: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Palazzina 1 Rsa Alzheimer ▪ Palazzina 2 Rsa Alzheimer ▪ G.P.II 0 Riabilitazione Generale Geriatrica Alzheimer ▪ Hospice ▪ Nucleo stati vegetativi 	Collaboratore sanitario Fisioterapista
<input type="checkbox"/>	ICPR47	Milano	1	MI – Coordinamento Fisioterapisti Nucleo Palestre Cure Intermedie: <ul style="list-style-type: none"> ▪ G.P.II - 1 Riabilitazione Specialistica ▪ G-P-II - 2 Riabilitazione Generale Geriatrica ▪ G-P-II - 3 Riabilitazione Generale Geriatrica ▪ Reparto 3A Riabilitazione Mantenimento ▪ Reparto 3B Riabilitazione Mantenimento 	Collaboratore sanitario Fisioterapista
<input type="checkbox"/>	ICPR48	Milano	1	MI – Coordinamento Fisioterapisti Palestre Servizi Diurni: <ul style="list-style-type: none"> ▪ DH Riabilitazione Generale Geriatrica ▪ DH Riabilitazione Specialistica ▪ Riabilitazione Centro Diurno Continuo ▪ Riabilitazione ambulatoriale ▪ Terapie fisiche ▪ Centro Diurno Integrato ▪ A.D.I. ▪ RSA aperta 	Collaboratore sanitario Fisioterapista
<input type="checkbox"/>	ICPR49	Vimodrone	1	VI – Coordinamento Logopedisti	Collaboratore sanitario logopedista
<input type="checkbox"/>	ICPR50	Vimodrone	1	VI – Coordinamento Terapisti Occupazionali	Collaboratore sanitario terapeuta occupazionale
<input type="checkbox"/>	ICPR51	Vimodrone	1	VI – Coordinamento Fisioterapisti Nucleo Palestre RSA e Alzheimer <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro Alzheimer RSA (compreso reparto piano rialzato) ▪ Reparto 1/1 RSA NAT ▪ Reparto 1/5 RSA NAT 	Collaboratore sanitario fisioterapista
<input type="checkbox"/>	ICPR52	Vimodrone	1	VI – Coordinamento Fisioterapisti Nucleo Palestre Cure Intermedie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reparto 2/1 Riabilitazione Mantenimento ▪ Reparto 2/5 Riabilitazione Mantenimento ▪ Reparto 4/1 Riabilitazione Specialistica ▪ Reparto R/1 Riabilitazione Generale Geriatrica ▪ Reparto 4/5 Riabilitazione Generale Geriatrica 	Collaboratore sanitario fisioterapista
<input type="checkbox"/>	ICPR53	Vimodrone	1	VI – Coordinamento Fisioterapisti Nucleo Palestre Servizi Diurni <ul style="list-style-type: none"> ▪ DH Riabilitazione Generale Geriatrica ▪ DH Riabilitazione Specialistica ▪ Riabilitazione Centro Diurno Continuo ▪ Riabilitazione ambulatoriale ▪ RSA aperta 	Collaboratore sanitario fisioterapista
<input type="checkbox"/>	ICPR54	Abbiategrasso	1	AB – Coordinamento Logopedisti	Collaboratore sanitario logopedista
<input type="checkbox"/>	ICPR55	Abbiategrasso	1	AB – Coordinamento Terapisti Occupazionali	Collaboratore sanitario terapeuta occupazionale
<input type="checkbox"/>	ICPR56	Abbiategrasso	1	AB – Coordinamento Fisioterapisti Nucleo Palestre RSA e Alzheimer: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nucleo Alzheimer 1 ▪ Nucleo Alzheimer 2 ▪ S. Bartolomea RSA NAT ▪ S. Camillo RSA NAT 	Collaboratore sanitario fisioterapista

✓	ID	Sede	n. incarichi	Denominazione unità assistenziale	Profilo Richiesto
<input type="checkbox"/>	ICPR57	Abbiategrasso	1	AB – Coordinamento Fisioterapisti Nucleo Palestre Cure Intermedie: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Riabilitazione 1 Generale Geriatria Specialistica ▪ Riabilitazione 2 Generale Geriatria Mantenimento 	Collaboratore sanitario fisioterapista
<input type="checkbox"/>	ICPR58	Abbiategrasso	1	AB – Coordinamento Fisioterapisti Nucleo Palestre Servizi Diurni: <ul style="list-style-type: none"> ▪ DH Riabilitazione Generale Geriatria ▪ DH Riabilitazione Specialistica ▪ Riabilitazione Centro Diurno Continuo ▪ Riabilitazione ambulatoriale ▪ A.D.I. ▪ RSA aperta 	Collaboratore sanitario fisioterapista

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

- di essere inquadrato nel medesimo profilo professionale previsto dall'avviso, in categoria D o Ds;
- di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dall'avviso;
- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio/formazione richiesti quali requisiti di ammissione o requisiti preferenziali:
- _____
- di non aver avuto, nei cinque anni precedenti la data di pubblicazione dell'avviso, valutazione individuale negativa;
- di non aver avuto nei due anni precedenti la pubblicazione dell'avviso, procedimenti disciplinari definitivi o pendenti, conclusi con la sanzione superiore al rimprovero scritto;
- di avere i seguenti procedimenti disciplinari in corso
- _____

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 esclusivamente:

- **fotocopia del documento d'identità**
- **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**
- **decreto di equipollenza del titolo di studio/professionale conseguito all'estero**