

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER IL CONFERIMENTO N. 1 INCARICO DI LAVORO AUTONOMO A MEDICO SPECIALIZZATO IN PSICHIATRIA PRESSO L'ISTITUTO GERIATRICO "P. REDAELLI" DI MILANO.**

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 procedura comparativa per il conferimento di n. 1 incarico di lavoro autonomo per un periodo di 12 (dodici) mesi, eventualmente rinnovabile di ulteriori 12 (dodici) mesi, a

**PROFESSIONISTA MEDICO SPECIALIZZATO IN PSICHIATRIA**

a supporto della Direzione Medica dell'Istituto Geriatrico "P. Redaelli" di Milano (Via Bartolomeo D'Alviano n. 78), per complessive 60 ore/anno.

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

di essere in possesso della cittadinanza italiana, fatte salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea o cittadinanza di uno stato extra europeo in possesso dei requisiti di regolarità per il soggiorno in Italia (permesso di soggiorno): \_\_\_\_\_

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)

di essere iscritta all'Albo professionale dal \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

di essere in possesso della specializzazione in Psichiatria conseguita nell'anno \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

(indicare l'università/scuola che ha rilasciato il titolo)

di essere in possesso del decreto di equipollenza del titolo di studio/professionale conseguito all'estero

di essere in possesso del permesso di soggiorno (o altra idonea documentazione rilasciata dalle autorità competenti) per cittadini extracomunitari

di avere adeguata conoscenza della lingua italiana.

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 di identità in corso di validità**
- **curriculum formativo professionale datato e firmato, redatto sottoforma di autocertificazione ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000**
- **eventuale decreto di equipollenza del titolo di studio/professionale conseguito all'estero**
- **eventuale copia del permesso di soggiorno in corso di validità (fronte e retro)**