

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO DI LAVORO AUTONOMO A MEDICO SPECIALIZZATO IN OTORINOLARINGOIATRIA.

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 a

MEDICO SPECIALIZZATO IN OTORINOLARINGOIATRIA

a supporto della Direzione Medica dell'Istituto "C. Golgi" di Abbiategrasso - per complessive n. 35 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 quadratini e completate dei dati mancanti)** i dati anagrafici sopra indicati e 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

☐ di godere dei diritti civili e politici e di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____

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

☐ 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 non essere destinatario di provvedimenti che riguardino l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa in materia
ovvero
- ☐ di essere destinatario dei seguenti provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della normativa vigente in materia _____
- ☐ di non essere stato destituito, dispensato o licenziato dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile e di non avere avuto precedenti contratti risolti unilateralmente da parte del committente;
- ☐ 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 in possesso dell'abilitazione professionale
- ☐ di essere iscritto/a all'Albo professionale di _____ dal _____ n. _____
- ☐ di essere in possesso della specializzazione in otorinolaringoiatria conseguita nell'anno _____ con la votazione di _____ presso _____
(indicare l'Università che ha rilasciato il titolo)
- ☐ di essere in possesso di esperienza nell'esecuzione di esami strumentali specifici (fibroendoscopia)
- ☐ di essere in possesso del decreto di equipollenza del titolo di studio/professionale conseguito all'estero
- ☐ 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).

Il/la sottoscritto/a chiede inoltre che ogni comunicazione relativa alla presente procedura gli venga fatta al seguente indirizzo PEC eletto quale domicilio digitale: _____

Con osservanza.

(luogo e data)

FIRMA LEGGIBILE

Allegare alla presente domanda esclusivamente:

- **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**
- **decreto di equipollenza del titolo di studio/professionale conseguito all'estero**
- **permesso di soggiorno in corso di validità (fronte e retro)**