

Al Direttore Generale
ASST Centro Specialistico
Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini - CTO
Piazza Cardinal Ferrari, 1
20122 - Milano

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER
N. 2 CONTRATTI A TEMPO PIENO ED INDETERMINATO
DI DIRIGENTE MEDICO O BIOLOGO O CHIMICO,
SPECIALIZZATO IN PATOLOGIA CLINICA
approvato con atto deliberativo n. 45 del 26/01/2023.**

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

di poter essere ammesso AL CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER N. 2 CONTRATTI A TEMPO PIENO ED INDETERMINATO DI DIRIGENTE MEDICO O BIOLOGO O CHIMICO, SPECIALIZZATO IN PATOLOGIA CLINICA

come da relativo avviso di cui dichiara di avere preso visione, accettandone le condizioni.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 come modificato dalla normativa vigente, sotto la propria responsabilità, dichiara:

a) di essere nato/a a _____ (_____),

il _____ e di risiedere a _____ (_____)

indirizzo: _____ n. _____

C.A.P. _____ ;

b) di essere in possesso di cittadinanza:

b₁) Italiana

Equiparata alla cittadinanza italiana ai sensi della seguente normativa

_____ ;

e (in questi casi) dichiara di:

essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di

_____ (____)

oppure

non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali di un Comune per le seguenti motivazioni

_____ ;

b₂) **di Stato dell'Unione Europea** e precisamente: _____, e

(in questo caso) di:

godere dei diritti civili e politici presso il proprio Stato di appartenenza

oppure

non godere dei diritti civili e politici presso il proprio Stato di appartenenza per le seguenti motivazioni: _____

b₃) **di Stato Estero** (non facente parte dell'Unione Europea) e precisamente:

familiare di cittadino di Stato membro dell'Unione Europea indicare generalità del familiare (nome, cognome, luogo e data di nascita e cittadinanza) e legame familiare

titolare del diritto di soggiorno nr _____ rilasciato da

in data _____ con scadenza il _____ ;

titolare del diritto di soggiorno permanente nr _____

rilasciato da _____ in data _____ ;

titolare di permesso di soggiorno nr. _____

rilasciato da _____ in data _____ con scadenza il _____,

per il seguente motivo (barrare la voce di interesse) :

permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;

status di rifugiato;

status di protezione sussidiaria

e (in questo caso) di:

- godere dei diritti civili e politici presso il proprio Stato di appartenenza
 - non godere dei diritti civili e politici presso il proprio Stato di appartenenza per le seguenti motivazioni:
-

c) di non avere subito condanne penali

oppure

aver riportato le seguenti condanne penali

[dichiarare, indicando il reato e l'autorità giudiziaria che ha adottato il provvedimento. Devono essere indicate anche eventuali sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti ai sensi dell'art. 444 c.p.p (c.d. patteggiamento). Tali dichiarazioni devono riguardare anche eventuali precedenti penali non riportati nei certificati del casellario giudiziale ad uso dei privati]:

d) di non avere procedimenti penali in corso

oppure

avere i seguenti procedimenti penali in corso

(dichiarare, indicando il reato e l'autorità giudiziaria che ha adottato il provvedimento):

e) di non essere sottoposto a misure di sicurezza

oppure

di essere sottoposto alle seguenti misure di sicurezza

(dichiarare, indicando il reato e l'autorità giudiziaria che ha adottato il provvedimento):

f) se cittadino di Stato straniero, dichiara di:

avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

non avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

g) di essere in possesso della Laurea in _____ conseguita in data _____ presso _____ e della Specializzazione in _____ conseguita in data _____ presso _____ ai sensi del D.Lgs. n. _____ ovvero di essere iscritto al _____ anno di Specializzazione in _____ presso _____ ;

h) di essere regolarmente iscritto all'Ordine dei _____ della Provincia di _____ con iscrizione al nr. _____ con decorrenza dal _____
 senza provvedimenti disciplinari a carico, adottati dall'Ordine;
 con provvedimenti disciplinari a carico, adottati dall'Ordine, per le seguenti motivazioni: _____ ;

i) posizione nei riguardi degli obblighi militari: _____ ;

j) di essere stato dichiarato fisicamente idoneo alle mansioni proprie del profilo di appartenenza e di non avere comunque limitazioni al loro normale svolgimento.
 di essere stato dichiarato fisicamente non idoneo alle mansioni proprie del profilo di appartenenza
 di avere le seguenti limitazioni al normale svolgimento delle mansioni proprie del profilo di appartenenza: _____

k) di aver prestato i seguenti servizi alle dipendenze di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private come segue:

(Utilizzare il seguente schema per elencare i propri servizi riproducendolo tante volte quanto necessita)

❖ Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____

(indicare esatta denominazione e se trattasi di Struttura Pubblica/IRCCS/Equiparata o Privata in regime di convenzione/accreditamento)

con sede in _____

con inquadramento di _____

a tempo determinato

con rapporto di lavoro a tempo pieno a impegno ridotto (n. ore sett. _____)

a tempo indeterminato

con rapporto di lavoro a tempo pieno a impegno ridotto (n. ore sett. _____)

con rapporto di lavoro esclusivo non esclusivo

con incarico dirigenziale _____

(indicare l'esatta denominazione e la tipologia dell'incarico)

dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

Motivo della cessazione: _____ ;

Interruzioni del servizio dal _____ al _____ per il seguente motivo

_____ ;

J) di avere necessità, in quanto disabile ai sensi della Legge n. 104/92 del seguente ausilio:

e dell'applicazione di eventuali tempi aggiuntivi _____

Allego certificazione rilasciata da apposita struttura sanitaria pubblica.

Dichiaro inoltre di autorizzare l’Azienda al trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 per le parti ancora valide, in quanto non in contrasto con il Reg. UE 2016/679 (Regolamento europeo per la protezione dei dati personali) e successive modificazioni ed integrazioni.

Il/La sottoscritto/a elegge il seguente domicilio al quale deve, ad ogni effetto essere inviata ogni comunicazione inerente la presente procedura selettiva, autorizzando l’Azienda – in assenza di PEC - ad utilizzare come mezzo esclusivo di comunicazione l’indirizzo di posta elettronica indicato:

COMUNE _____ CAP _____

VIA _____ NR.CIVICO _____

P.E.C.: _____

E-MAIL: _____

TEL. FISSO _____ CELLULARE _____

Data _____

Firma _____

(allegare copia fronte/retro del documento di identità)

CURRICULUM PROFESSIONALE

**Al Direttore Generale
ASST Centro Specialistico
Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini - CTO
Piazza Cardinal Ferrari, 1
20122 - Milano**

CURRICULUM PROFESSIONALE ALLEGATO QUALE PARTE INTEGRANTE ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER N. 2 CONTRATTI A TEMPO PIENO ED INDETERMINATO DI DIRIGENTE MEDICO O BIOLOGO O CHIMICO, SPECIALIZZATO IN PATOLOGIA CLINICA approvato con atto deliberativo n. 45 del 26/01/2023.

IO SOTTOSCRITTO/A _____

- consapevole che l'Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati;
- valendomi delle disposizioni di cui al DPR 28.12.2000 n. 445 come modificato dall'art. 15 della Legge 12/11/2011 n. 183;
- consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITÀ:

DATI ANAGRAFICI:

di essere nato/a a _____ (_____), il _____

di risiedere in _____ (_____) C.A.P. _____

indirizzo: _____ n. _____

di essere domiciliato in _____ (_____) C.A.P. _____

indirizzo: _____ n. _____

Stato Civile: _____

Telefono: _____

P.E.C.: _____

E-mail: _____

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

- di essere in possesso del DIPLOMA DI LAUREA IN _____ conseguita in data _____ con voto pari a _____ presso _____ con sede in _____ e di essere in possesso del DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE in _____ conseguito in data _____ voto: _____ ai sensi del D.Lgs. n. _____ della durata legale di anni ____ presso _____ con sede in _____

OVVERO

di essere iscritto al _____ anno di SPECIALIZZAZIONE in _____ presso _____ con sede in _____

- ALTRI TITOLI DI STUDIO (da indicarsi in modo corretto, preciso ed esaustivo rispetto a tutti gli elementi che si intende autocertificare e che verrebbero indicati nel caso in cui il documento fosse rilasciato dall'ente competente):

TITOLO:

_____ conseguito il _____ presso _____ con sede in _____

TITOLO:

_____ conseguito il _____ presso _____ con sede in _____

ulteriori informazioni: _____

ESPERIENZA LAVORATIVA:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze lavorative riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____ (esatta
denominazione dell'ente)

con sede in _____

con la seguente natura giuridica (barrare la voce di interesse):

- Pubblica Amministrazione o equiparata (es. I.R.C.C.S.)
- Struttura Privata Convenzionata/Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale
- Struttura Privata

con contratto di tipo: dipendente;

in regime convenzionale (fornirne dati identificativi):

contratto di lavoro autonomo di tipo:

in qualità di DIRIGENTE DI _____

a tempo determinato

con rapporto di lavoro tempo pieno impegno ridotto (nr. ore sett. _____)

a tempo indeterminato

con rapporto di lavoro tempo pieno impegno ridotto (nr. ore sett. _____)

con incarico dirigenziale _____
(indicare l'esatta denominazione e la tipologia dell'incarico)

dal _____ al _____ .

Motivo dell'eventuale cessazione: _____ .

Eventuali interruzioni o sospensioni (comprese quelle di natura disciplinare): NO SI

per i seguenti motivi _____

dal _____ al _____ .

Dichiaro che: o non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20.12.1979 n. 761, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto.

o ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20.12.1979 n. 761, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto.

La misura della riduzione del punteggio è _____

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI:

(Utilizzare il presente schema per elencare le pubblicazioni allegate al curriculum riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita. Si ricorda che le pubblicazioni vengono considerate ai fini della valorizzazione dei titoli solo se prodotte in forma integrale, in originale o copia conforme)

TITOLO:

AUTORI: _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____ (gg/mm/aa)

TIPO DI PUBBLICAZIONE (es.: monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.) : _____

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo – anno - Vol. – pagg. etc.) :

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

TITOLO:

AUTORI: _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____ (gg/mm/aa)

TIPO DI PUBBLICAZIONE (es.: monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.) : _____

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo – anno - Vol. – pagg. etc.) :

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

TITOLO:

AUTORI: _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____ (gg/mm/aa)

TIPO DI PUBBLICAZIONE (es.: monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.) : _____

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo – anno - Vol. – pagg. etc.) :

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

TITOLO:

AUTORI: _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____ (gg/mm/aa)

TIPO DI PUBBLICAZIONE (es.: monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.) : _____

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo – anno - Vol. – pagg. etc.) :

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

PRESENZE A CORSI:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a corsi/congressi/eventi/ecc. riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

TITOLO DEL CORSO: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PREZENZIATO COME: UDITORE SEGRETERIA SCIENTIFICA
 RELATORE CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____ conseguendo nr. _____ ecm
 con superamento esame finale; non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PREZENZIATO COME: UDITORE SEGRETERIA SCIENTIFICA
 RELATORE CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____ conseguendo nr. _____ ecm
 con superamento esame finale; non previsto esame finale

SOGGIORNI DI STUDIO:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a soggiorni di studio riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quante necessarie)

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITA' SVOLTA: _____

ENTE OSPITANTE: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PERIODO DI SVOLGIMENTO: DAL _____ AL _____

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA): _____

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITA' SVOLTA: _____

ENTE OSPITANTE: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PERIODO DI SVOLGIMENTO: DAL _____ AL _____

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA): _____

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITA' SVOLTA: _____

ENTE OSPITANTE: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PERIODO DI SVOLGIMENTO: DAL _____ AL _____

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA): _____

ATTIVITA' DIDATTICA:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di docenza riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quante necessarie)

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)
presso _____ con sede in _____
natura giuridica dell'Istituto: _____
corso di studio: _____
materia di insegnamento: _____
impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): _____
tipologia contrattuale: _____

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)
presso _____ con sede in _____
natura giuridica dell'Istituto: _____
corso di studio: _____
materia di insegnamento: _____
impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): _____
tipologia contrattuale: _____

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)
presso _____ con sede in _____
natura giuridica dell'Istituto: _____
corso di studio: _____
materia di insegnamento: _____
impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): _____
tipologia contrattuale: _____

