

Fac-simile della DOMANDA da ricopiare su foglio in carta semplice con firma non autenticata (ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), valevole come DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

Al Direttore Generale
Dell'ASST
Centro Specialistico
Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini/CTO
Piazza Cardinal Ferrari 1
20122 MILANO

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico di selezione, mediante comparazione di curricula e colloquio, per il conferimento di un incarico libero professionale di durata annuale a un Medico specializzato in Reumatologia, così come previsto nell'avviso approvato con deliberazione n. 88 del 09/02/2023.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste (art. 76 DPR 445/00) nel caso di false attestazioni e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti in virtù di un provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA

Di essere nato/a a _____ il _____

E residente in Via _____ (città) _____

domiciliato in Via _____ (città) _____

(indicare il domicilio solo se è diverso dalla residenza)

1. di essere in possesso della cittadinanza: (barrare la casella che interessa)

☐ ITALIANA (o equivalente)

- ☐ STATO MEMBRO DELL'UNIONE EUROPEA _____
- ☐ ALTRO _____

(indicare il nome dello Stato)

2. di: (barrare la casella che interessa)

- ☐ essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
- ☐ non essere iscritto nelle liste elettorali per i seguenti motivi _____
- ☐ essere cancellato dalle liste elettorali per i seguenti motivi _____

3. di: (barrare la casella che interessa)

- ☐ non avere mai riportato condanne penali _____
- ☐ non avere procedimenti penali in corso _____
- ☐ di aver riportato le seguenti condanne penali _____
- ☐ di avere i seguenti procedimenti penali in corso _____

4. di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione o dichiarato decaduto, ovvero licenziato a decorrere dalla data di entrata in vigore del primo contratto collettivo nazionale di lavoro;

5. di essere iscritto/a all'albo dei Medici e Chirurghi di _____ n. _____
in data _____

6. di: (barrare la casella che interessa)

- ☐ non aver mai avuto procedimenti disciplinari
- ☐ di avere i seguenti procedimenti disciplinari pendenti _____

- ☐ di aver subito i seguenti procedimenti disciplinari (indicare anche l'esito) _____

6. di essere in possesso del seguente titolo di studio _____

(indicare l'esatta denominazione del titolo di studio –requisito di ammissione, per i titoli di studio conseguiti all'estero indicare gli estremi del Decreto di equipollenza)

Conseguito il ____/____/____ presso _____

(indicare l'esatta denominazione dell'istituto e il luogo ove ha sede)

con votazione _____;

7. di essere in possesso della seguente specializzazione _____

(indicare l'esatta denominazione della specializzazione indicando gli estremi del Decreto – requisito di ammissione, per i titoli di studio conseguiti all'estero indicare gli estremi del Decreto di equipollenza)

Conseguita il ____/____/____ presso _____

(indicare l'esatta denominazione dell'istituto e il luogo ove ha sede)

con votazione _____;

7. di aver prestato servizio alle dipendenze di Pubbliche Amministrazioni con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato in qualità di _____
presso _____

(indicare denominazione e sede dell'A.O.)

dal _____ al _____;

8. di (barrare la casella che interessa - per i soli candidati di sesso maschile nati prima del 31.12.1985)

☐ aver assolto gli obblighi militari

☐ essere nella seguente posizione

10. che il proprio codice fiscale è _____

11. di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento e l'utilizzo dei dati personali contenuta nell'art.13 del bando della presente procedura di selezione e di acconsentire al trattamento degli stessi nel rispetto delle disposizioni del D.Lgs. n. 196/03;

12. di necessitare ai sensi della L. 104/92 e della L.68/99 del seguente ausilio e/o di tempi aggiuntivi necessari, per lo svolgimento del colloquio in quanto portatore di handicap;

13. di aver preso visione del testo integrale del bando di selezione e di accettare senza riserve tutte le condizioni in esso contenute;

14. che n. _____ fotocopie dei documenti allegati alla presente domanda sono conformi agli originali;

15. che le comunicazioni relative alla presente procedura di selezione siano effettuate al seguente recapito:

Destinatario _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____ prov. _____

Telefoni _____

e-mail _____

e SI IMPEGNA a comunicare tempestivamente e per iscritto eventuali successive variazioni di indirizzo esonerando questa Amministrazione da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

_____, il _____

Firma (leggibile)

(sottoscrizione NON SOGGETTA ad autenticazione ai sensi dell'art. 39 DPR 445/00)

(La mancata sottoscrizione comporta l'esclusione della domanda dalla presente procedura di selezione)

Fac-simile curriculum

Al Direttore Generale
Dell'ASST
Centro Specialistico
Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini/CTO
Piazza Cardinal Ferrari 1
20122 MILANO

Il/La sottoscritto/a	cognome	nome
----------------------	---------	------

nato il		a		prov.													
CODICE FISCALE:																	

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del DPR n.445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, e consapevole che ai sensi dell'art.46 del medesimo decreto dell'ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO può acquisire direttamente gli atti comprovanti, sotto la propria responsabilità

di essere in possesso del diploma di Laurea in data..... presso l'Università degli Studi di <i>Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia</i> Riconoscimento a cura delin data (duplicare il riquadro in caso di necessità)	di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei della Provincia di..... dal.....n° di iscrizione.....
---	--

di essere i possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:

1)Disciplina:

conseguita in data.....presso l'Università di

ai sensi del

DLgs 257/1991 ☐

DLgs 368/1999☐

durata anni

2)Disciplina:.....

conseguita in data.....presso l'Università
di.....

ai sensi del

DLgs 257/1991 ☐

DLgs 368/1999☐

durata anni

Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia

Riconoscimento a cura del.....in data.....

Tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture ove è stata svolta l'attività

.....
.....
.....

Tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime

.....
.....
.....

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza, in qualità di:

profilo professionale disciplina.....

dal al

dal al

dal al

con interruzione dal servizio (*ad es. per aspettative, congedi, senza assegni*):

dalal(indicare giorno/mese/anno)

motivo interruzione o causa risoluzione rapporto

.....

con rapporto

☐determinato

☐ indeterminato

☐ a tempo pieno

con impegno ridotto, ore

settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)

.....
di – via n.

Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato

.....
(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di avere prestato attività di specialista ambulatoriale ex ACN

nella branca di

dal al (indicare
giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

dal al

con impegno settimanale pari a ore

dal al

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)

.....di

.....(prov. ...) – via

....., n.

Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato

.....
(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di avere prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo (es. co.co.co, collaborazione libero professionista, prestazione occasionale)

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)

di(prov. ...) – via , n.

profilo/mansione/progetto

.....
.....

dal al (indicare giorno/mese/anno)

con impegno orario settimanale di ore

motivo interruzione o cause risoluzione

.....

dal al (indicare giorno/mese/anno)

con impegno orario settimanale di ore

motivo interruzione o cause risoluzione

.....

Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato

.....
(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

Competenze del candidato con indicazione di eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzione di direzione (ad es. incarico di alta professionalità, di direzione di struttura semplice, di struttura complessa...)

tipologia di incarico.....
dalal
presso.....
descrizione attività svolta.....
.....
.....

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

Soggiorni di studio/addestramento

(soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, di durata non inferiore a **mesi tre**, con esclusione dei tirocini obbligatori)

Presso di
.....(prov. ...) – via , n. ...
dal al (indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale pari a ore
dal al (indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale pari a ore

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di aver svolto attività didattica (attività presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario – esclusa l'attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionale, convegni, congressi)

presso.....
nell'ambito del Corso di
insegnamentoa.a.
ore docenza(specificare se complessive o settimanali)

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale

dalal
presso.....
contenuti del corso

dalal
presso.....

contenuti del corso

dalal
presso.....

contenuti del corso

Di aver partecipato quale UDITORE ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari anch
effettuati all'estero:

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ecm

(duplicare le righe se insufficienti)

Di aver partecipato in qualità di RELATORE ai seguenti corsi, convegni, congressi anch
effettuati all'estero:

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ecm

(duplicare le righe se insufficienti)

di essere **autore** dei seguenti lavori scientifici – riferiti all'ultimo decennio – editi a stampa
(indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione) che vengono allegati alla
domanda in originale o in copia corredata da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà che
ne attesti la conformità all'originale.

1

.....

.....

2

.....

3

(duplicare le righe se insufficienti)

di aver collaborato alla redazione dei seguenti lavori – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione)

1

2

3

(duplicare le righe se insufficienti)

Altre attività

(duplicare le righe se insufficienti)

Dichiara, altresì, di essere informato/a, secondo quanto previsto dal D.Lgs. n.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e allega copia di documento di identità (carta d'identità o passaporto) in corso di validità. Dichiara inoltre di essere informato che il presente curriculum sarà pubblicato sul sito Internet Aziendale.

_____, li _____

Il/La dichiarante
