## 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 e s.m.i. ), valevole come DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.

\*\*\*\*\*\*\*\*

 Al Direttore Generale

dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale

Centro Specialistico Traumatologico

Ortopedico Gaetano Pini - CTO

Piazza C. Ferrari, 1

20122 - MILANO

Il/la sottoscritto/a ………………………………………………………………………………..

### CHIEDE

di essere ammesso all’avviso pubblico, per soli titoli, per il conferimento di n. 1 posto a tempo determinato di Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico cat. D, della durata di12 mesi eventualmente rinnovabili (deliberazione n. 634 del 29/12/2022).

A tal fine,

**consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, così come stabilito dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,**

**dichiara**

1. di essere nato/a a ……………………………………….…. il ……………………………….;
2. di essere residente a …………………………….…. (c.a.p.) ………………..in via………….…………………………………………….;
3. di essere in possesso della cittadinanza ………………………………………………………

*(specificare se italiana o di altro Stato);*

1. di essere iscritto/a nelle liste del Comune di …………………………………;

(*oppure indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime* ……………………………………..………………………);

1. di non aver riportato condanne penali (*oppure: di aver riportato le seguenti condanne penali* …………………………………………);
2. di non essere stato destituito o dispensato dall’impiego presso una pubblica amministrazione;
3. di aver conseguito il diploma di laurea in ………………………………… il giorno ……………. presso l’Università di ……………………………………………………….;

(per i candidati che hanno conseguito il titolo di studio all’estero è necessario produrre il riconoscimento del titolo da parte del Ministero dell’Istruzione in Italia)

1. di essere iscritto all’Albo del Collegio di………………………………al n……………………………………;
2. di essere nella seguente situazione nei riguardi degli obblighi militari………………………………………………………………;
3. di essere in possesso dei seguenti titoli ai fini della preferenza e precedenza nella nomina ……………………………………………. ;
4. di aver prestato o di prestare i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni con la precisazione della motivazione della eventuale cessazione:

di aver prestato servizio presso ………………………………….prov.…….nel profilo di ……………..……………………..……………………dal ………………… al ………………………………………, motivi cessazione dal servizio: ………………………………………………;

*(oppure di non aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni);*

Il/La sottoscritto/a elegge il seguente domicilio al quale deve ad ogni effetto essere inviata ogni comunicazione al riguardo:

via/viale/piazza/largo……...…………………………………………………………………..

città ……………………………………………………………………….CAP…………….

Tel. ………………………...

e-mail ……………………….

PEC …………………………

Milano, (firma per esteso e leggibile)

Si autorizza il trattamento dei dati sopra riportati ai soli fini del presente procedimento, pertanto tutti i dati di cui l’Amministrazione verrà in possesso a seguito della presente procedura verranno trattati nel rispetto del D.Lgs. 30.06.2003, n. 196 per le parti ancora valide, in quanto non in contrasto con il Reg. UE 2016/679 (Regolamento europeo per la protezione dei dati personali), che costituisce attualmente il riferimento normativo fondamentale in materia; la presentazione della domanda di partecipazione alla selezione da parte dei candidati implica il consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, a cura dell’ufficio preposto alla conservazione delle domande ed all’utilizzo delle stesse per lo svolgimento delle procedure finalizzate alla selezione.

Milano, (firma per esteso e leggibile)

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

**i**

in allegato alla domanda di partecipazione all’avviso pubblico, per titoli, per il conferimento di n. 1 posto a tempo determinato in qualità di **CPS Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico – Cat. D (deliberazione n. 634 del 29/12/2022)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA D.P.R. 445/2000**

Il/La sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(cognome) (nome)*

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**dichiara** sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste all’art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che quanto dichiarato nel sotto riportato curriculum corrisponde a verità che le eventuali fotocopie di titoli allegati sono conformi all’originale.

|  |  |
| --- | --- |
| INFORMAZIONI PERSONALI |  |
| Nome*[Cognome, Nome]* |  |
| Indirizzo (residenza)*[ Numero civico, strada o piazza, codice postale, città, paese ]* |  |
| Indirizzo (domicilio)*[ Numero civico, strada o piazza, codice postale, città, paese ]* |  |
| Telefono |  |
| Fax |  |
| E-mail |  |
| PEC |  |
| Nazionalità |  |
| Data di nascita*[ Giorno, mese, anno ]*Permesso di soggiorno *(PER CITTADINI EXTRACOMUNITARI)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ESPERIENZE LAVORATIVE** | *[elencare separatamente ciascuna attività svolta]* |
| • **Date: da** (gg/mm/aa) **a** (gg/mm/aa) |  |
| • **Nome e indirizzo dell’azienda/ente**  |  |
| • **Qualifica/profilo professionale** |  |
| • **Tipo di rapporto di lavoro**(lavoro subordinato/autonomo, a tempo pieno/part time con impegno orario settimanale)  |  |
| • **Aspettative senza retribuzione e senza decorrenza dell’anzianità** |  |
| • **Ambito di attività** |  |
| • **Principali mansioni e responsabilità**  |  |
| • **Capacità e competenze acquisite**  |  |
| ISTRUZIONE E FORMAZIONE |  |
| • **Titolo di studio**(diploma, specializzazioni)[elencare separatamente ciascun titolo] |  |
| Conseguito presso: |  |
| Data conseguimento (gg/mm/aa) |  |
| durata percorso di studioPer cittadini extracomunitari riconoscimento Ministero Istruzione in Italia |  |
| • **Corsi universitari se conseguiti**[elencare separatamente ciascun corso](dottorati, master, corsi di perfezionamento)  |  |
| Conseguito presso: |  |
| • Data conseguimento (gg/mm/aa) |  |
| • durata corso |  |
| • **Attività formative** (frequenze, corsi di formazione, stage, borse di studio ecc[elencare separatamente ciascuna attività indicando la tipologia, presso quale ente si è svolta, argomenti/temi/aspetti oggetto di approfondimento, data/periodo di svolgimento, impegno orario, eventuale valutazione finale, eventuale assegnazione di crediti ECM….ecc…] |  |
| **• Attività di aggiornamento** (partecipazione a corsi di aggiornamento, ecc…[elencare separatamente ciascun evento indicando la tipologia, presso quale ente si è svolto, argomenti/temi trattati, data/periodo di svolgimento, impegno orario, eventuale valutazione finale, eventuale assegnazione di crediti ECM….ecc, precisare se la partecipazione sia avvenuta in qualità di docente o relatore ] |  |
| • **Altre esperienze**[elencare separatamente ciascun esperienza, ritenuta coerente con il profilo da ricoprire, indicando la tipologia, presso quale ente si è svolta, data/periodo di svolgimento, impegno orario]  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ULTERIORI INFORMAZIONI |  |
| Lingue Straniere*[ Indicare le lingue conosciute e il livello di conoscenza ]* |  |
| Capacità e competenze organizzative, relazionali, tecniche, manageriali*[ Descrivere tali competenze e indicare come e dove sono state acquisite].* |  |
| Altre Capacità e competenze*[ Descrivere tali competenze e indicare come e dove sono state acquisite].* |  |
| Eventuali Allegati |  |

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **IL DICHIARANTE**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(leggibile e per esteso)**

Ai sensi dell’art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall’interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all’ufficio competente con le modalità indicate nel bando di avviso

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(qualifica, cognome, nome del pubblico ufficiale che riceve la documentazione)*