

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

Il/la sottoscritto/a

chiede

di essere ammesso all'avviso pubblico, mediante comparazione di curricula e colloquio, per il conferimento di un incarico libero professionale a DUE laureati in medicina e chirurgia specializzati in **MEDICINA INTERNA (O EQUIPOLLENTI O AFFINI)**, così come previsto nell'avviso approvato con deliberazione n. 142 del 08.03.2018.

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

- di essere nato/a a prov. il
- di essere residente a (c.a.p.) prov. in via
- di essere in possesso della cittadinanza
- (specificare se italiana o di altro Stato);*
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di
- (oppure indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.....);*
- di non aver riportato condanne penali *(oppure: di aver riportato le seguenti condanne penali*);
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione;
- di aver conseguito il diploma di laurea in il giorno
-presso l'Università..... di
- prov. con la seguente votazione
- di aver conseguito il diploma di specializzazione in in data
- presso
- di avere maturato la seguente esperienza professionale presso la
Struttura Ospedaliera Pubblica (ovvero) presso la
Struttura Ospedaliera Accreditata in qualità di
- dal al

- di essere in possesso di pluriennale esperienza nella gestione di pazienti reumatologici in trattamento con farmaci biologici e con trattamenti polichemioterapici;
- di essere iscritto all'albo di con il numero.....;
- di essere nella seguente situazione nei riguardi degli obblighi militari.....;

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

Milano, -----
 (firma per esteso e leggibile)

Ai sensi della legge n. 196/2003 si autorizza il trattamento dei dati sopra riportati ai soli fini del presente procedimento.

Milano, -----
 (firma per esteso e leggibile)

Il sottoscritto allega la seguente documentazione:

- elenco dei documenti presentati;
- curriculum formativo e professionale datato e firmato, autocertificato ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., contenente tutte le indicazioni necessarie alla Commissione Esaminatrice per effettuare una valutazione comparativa ponderata in caso di un numero di candidati superiore all'unità;
- autocertificazione di eventuali servizi prestati presso Strutture Ospedaliere del SSN ovvero presso Strutture Ospedaliere Accreditate.

Fac-simile di DICHIARAZIONE sostitutiva dell'ATTO di notorietà da ricopiare su foglio in carta semplice con firma Non autenticata (da allegare alla domanda con la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità):

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Artt. 19 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

(non soggetta ad autenticazione della sottoscrizione ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.)

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. _____ il
_____, residente a _____ prov. _____ in via

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. n. 445/2000.,

DICHIARA

che la/le presente/i copia/e composta/e da n. _____ fogli per n. _____ facciate totali, presentata/e con la domanda di partecipazione all'avviso pubblico, per comparazione di curricula, per l'attribuzione di un incarico libero professionale a un laureato in medicina e chirurgia specializzato in medicina interna (ed equipollenti ed affini), così come previsto nell'avviso approvato con deliberazione n. _____ del _____ e/sono conforme/i all'originale conservata/e presso il sottoscritto e disponibile/i per i controlli di cui all'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000:

- 1 -
- 2 -
- 3 -
- 4 -
- 5 -
- 6 -
- 7 -
- 8 -

(data), _____

IL DICHIARANTE

(firma per esteso e leggibile)

Ai sensi della legge n. 196/2003 si autorizza il trattamento dei dati sopra riportati ai fini del presente procedimento.

(Data), _____

(Il Dichiarante) _____

ATTO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a, _____

Nato/a _____ prov. _____ il _____

presa visione dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati personali, sensibili e giudiziari,

PRESTA IL SUO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Data _____ firma leggibile _____