



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 di mobilità pre-concorsuale, per titoli e colloquio, per la copertura di n. 3 posti a tempo pieno ed indeterminato di **COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA (CAT. D)**.

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 ..... il .....
- di essere residente a ..... (c.a.p.) ..... in via.....;
- di essere in possesso della cittadinanza .....  
(specificare se italiana o di altro Stato);
- di essere iscritto/a nelle liste 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 .....
- di essere iscritto all'Albo del Collegio di..... al  
n.....;



- di essere nella seguente situazione nei riguardi degli obblighi militari.....;
- di avere diritto alla riserva dei posti prevista dalla legge ove applicabile in relazione ai posti messi a concorso .....(indicare catg. di appartenenza);
- di essere in possesso dei seguenti titoli ai fini della preferenza e precedenza nella nomina .....
- 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);*

- di richiedere il seguente ausilio per sostenere il colloquio previsto dall'avviso in quanto riconosciuto portatore handicap ai sensi dell'art. 20 della legge n. 104/92 *(da compilare solo in presenza di handicap riconosciuto)*.....;

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)



*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 di mobilità, per titoli e colloquio, per tre posti a tempo pieno ed indeterminato di COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA CAT. D è/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 \_\_\_\_\_

(data), \_\_\_\_\_ (Il Dichiarante) \_\_\_\_\_

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

(data), \_\_\_\_\_ (Il Dichiarante) \_\_\_\_\_