AL DIRETTORE GENERALE
ASST Centro Specialistico
Ortopedico Traumatologico
GAETANO PINI- C.T.O.
PIAZZA CARDINAL FERRARI N. 1
20122 MILANO

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'avviso pubblico di mobilità tra Aziende ed Enti del comparto Sanità per n. 1 posto a tempo unico ed indeterminato di **Dirigente Medico di Ortopedia e Traumatologia**

Il/La sottoscritto/a
chiede di partecipare all'avviso in oggetto.

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445:

1. che il proprio cognome è:.....

2. che il proprio nome è:.....

3. di essere nato/a nel seguente Stato.....

Comune di nascita.....(Prov.....) il...../...../.....

4. di essere anagraficamente residente nel seguente Stato:.....

Comune di residenza..... (Prov.....)

capVia..... n.....

5. che il proprio stato civile è

6. che il proprio codice fiscale è

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

7. di essere in servizio presso _____ in

qualità di Dirigente Medico di _____ a tempo

unico ed indeterminato dal _____

8. di possedere (**barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata**):

la cittadinanza italiana

oppure

la cittadinanza del seguente Stato dell'Unione Europea:.....

oppure

la cittadinanza del seguente **Paese terzo all'U.E.**:.....

titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente (indicare gli estremi del permesso di soggiorno che si allega in copia, prodotta ai sensi dell'articolo 19 del D.P.R. n. 445/2000):

Questura di.....permesso di soggiorno n.....

rilasciato il...../...../..... e scadente il...../...../.....

e di essere altresì **familiare** (indicare vincolo di parentela.....)

del seguente cittadino membro dell'UE:

cognome.....

nome.....

luogo di nascita.....stato estero di nascita.....

data di nascita.....

Stato di residenza anagrafica

indirizzo di residenza anagrafica

oppure

la cittadinanza del seguente **Paese terzo all'U.E.**:
titolare del seguente **permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo**
(indicare gli estremi del permesso di soggiorno che si allega in copia, prodotta ai sensi dell'articolo 19 del D.P.R. n. 445/2000):

Questura di.....permesso di soggiorno n.....
rilasciato il...../...../..... e scadente il...../...../.....

oppure

la cittadinanza del seguente **Paese terzo all'U.E.**:
titolare del seguente permesso di soggiorno rilasciato per lo **status di "rifugiato"** (indicare gli estremi del permesso di soggiorno che si allega in copia, prodotta ai sensi dell'articolo 19 del D.P.R. n. 445/2000):

Questura di.....permesso di soggiorno n.....
rilasciato il...../...../..... e scadente il...../...../.....

oppure

la cittadinanza del seguente **Paese terzo all'U.E.**:
titolare del seguente permesso di soggiorno rilasciato per lo **status di "protezione sussidiaria"** (indicare gli estremi del permesso di soggiorno che si allega in copia, prodotta ai sensi dell'articolo 19 del D.P.R. n. 445/2000):

Questura di.....permesso di soggiorno n.....
rilasciato il...../...../..... e scadente il...../...../.....

9. di essere (**barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata**):

iscritto/a nelle liste elettorali dello Stato.....
Comune.....(Prov.....)

ovvero

non iscritto nelle liste elettorali per i seguenti motivi

10. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)

di essere a conoscenza di essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali:
.....

11. di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)

di aver riportato le seguenti condanne penali e/o di essere stato destinatario dei seguenti provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa:
.....

12. di non essere stato sottoposto a procedimenti disciplinari negli ultimi 2 anni e di non aver procedimenti disciplinari pendenti;

ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)

di essere stato sottoposto ai seguenti procedimenti disciplinari, negli ultimi 2 anni, e/o di essere attualmente sottoposto ai seguenti procedimenti disciplinari:
.....

13. di essere in possesso della laurea in _____ conseguita presso _____ in data _____;

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445:

14. di essere fisicamente idoneo all'impiego;

15. di non essere stato destituito o dispensato dal Servizio presso Pubbliche Amministrazioni;

16. di aver fruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni:

Data inizio (gg/mm/aa):/...../..... Data fine (gg/mm/aa):...../...../.....

Data inizio (gg/mm/aa):/...../..... Data fine (gg/mm/aa):...../...../.....

ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)

di non di aver fruito di periodi di aspettativa senza assegni

17. **di avere esperienza come previsto dal bando** presso _____ in qualità di Dirigente Medico di _____ a tempo unico ed indeterminato dal _____ al _____

18. di appartenere alle seguenti categorie con diritto a precedenza/preferenza a parità di punteggio, ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. n. 487/1994):

.....

ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)

di non appartenere a categorie con diritto a precedenza/preferenza a parità di punteggio, ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. n. 487/1994)

19. di essere portatore di handicap, a seguito di accertamenti effettuati dalle commissioni mediche di cui all'art. 4 della legge n. 104/92 e di avere necessità dei seguenti ausili:.....

e dei seguenti tempi aggiuntivi

ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)

di non essere portatore di handicap di cui all'art. 4 della legge n. 104/92 e di non avere pertanto necessità di ausili o di tempi aggiuntivi per l'effettuazione della prova

Il/La sottoscritto/a **dichiara**, inoltre, di accettare tutte le indicazioni e prescrizioni contenute nel bando di avviso.

Il/La sottoscritto/a **dichiara**, altresì, di eleggere il seguente domicilio presso il quale devono essere fatte eventuali comunicazioni (con esclusione delle comunicazioni relative alla data e al luogo di svolgimento della prova orale, che saranno oggetto di pubblicazione sull'Home Page Aziendale), impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive ed esonerando l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Gaetano Pini CTO di Milano da qualsiasi responsabilità in caso di propria irreperibilità (fermo restando che in caso di utilizzo del servizio di PEC per l'invio dell'istanza, questo equivale automaticamente ad elezione di domicilio informatico per eventuali future comunicazioni da parte dell'Azienda nei confronti dell'istante, escluse le comunicazioni relative alla data e al luogo di svolgimento della prova orale):

Sig./Sig.ra.....

presso.....

Via..... n.

Frazione

del Comune di (Prov.)

c.a.p.....Telefono

.....Cellulare.....

indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC).....

indirizzo di Posta Elettronica

Luogo,..... data

Firma

ALLEGATI:

- il curriculum formativo-professionale datato e firmato;
- autocertificazione resa ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 attestante i servizi prestati presso le PP.AA., con indicazione del trattamento economico in godimento;
- ricevuta comprovante l'avvenuto versamento della tassa di partecipazione all'avviso pubblico dell'importo di € 15,00 non rimborsabile, a favore dell'ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO di Milano da effettuarsi, con indicazione della causale "Contributo spese partecipazione avviso di mobilità per un posto di Dirigente Medico di Ortopedia e Traumatologia" , tramite: c/c bancario n. 100000046010 Intesa San Paolo – Filiale di Milano – Corso di Porta Romana n.78 20122 Milano - intestato all'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Centro Specialistico Traumatologico Gaetano Pini/CTO di Milano – IBAN: IT21 S030 6909 45410000 0046 010;
- fotocopia del documento di identità in corso di validità.