

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, per titoli e colloquio, per il conferimento di un posto a tempo determinato ad un Collaboratore Tecnico Sanitario di Radiologia Medica cat D.

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.....)  
cap .....Via..... n.....
5. che il proprio stato civile è .....
6. che il proprio codice fiscale è
7. di essere in servizio presso \_\_\_\_\_ in  
qualità di Tecnico di Radiologia Medica 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 \_\_\_\_\_;

14. di essere iscritto all'Albo dei Tecnici di Radiologia Medica della provincia di \_\_\_\_\_ dal (gg/mm/aaaa)..... al n. ....

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

15. di essere fisicamente idoneo all'impiego;

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

17.  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 aver fruito di periodi di aspettativa senza assegni

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
- fotocopia del documento di identità in corso di validità.

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

**Codice Fiscale** \_\_\_\_\_

**domiciliato in via** \_\_\_\_\_

**a** \_\_\_\_\_ **CAP** \_\_\_\_\_

**numero di telefono** \_\_\_\_\_

**e-mail** \_\_\_\_\_

**PEC** \_\_\_\_\_

**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 l'ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini CTO può acquisire direttamente gli atti comprovanti, sotto la propria responsabilità

**1)** di essere nato/a a.....Prov. ....il.....  
Stato civile: .....

**2)** di essere residente a.....Prov. .... Via.....n.....

**3)** di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno Stato membro dell'Unione Europea o trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 38, commi 1 e 3 bis del d.lgs 165/01 e s.m.i.; .....

(I cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea o nelle condizioni di cui all'art. 38, commi 1 e 3 bis del d. lgs 165/01 e s.m.i.; dovranno dichiarare una adeguata conoscenza della lingua italiana)

e di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana

**4)** di essere/non essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di.....  
(in caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali, indicarne i motivi)

**5)** di avere/non avere riportato condanne penali e di avere/non avere procedimenti penali  
in CORSO (in caso affermativo indicare le condanne riportate e/o i procedimenti pendenti)

.....

**6)** di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione ovvero licenziato per persistente insufficiente rendimento o a seguito dell'accertamento che l'impiego era stato ottenuto a seguito di presentazione di documenti falsi o con mezzi fraudolenti;

**7)** di possedere l'idoneità psico-fisica alla mansione prevista dal bando;

**8)** di essere in possesso dei **Requisiti Specifici di ammissione:**

**1) Titolo di studio:**

Laurea:

\_\_\_\_\_

- Diploma di Laurea (V.O.)
- Magistrale
- Specialistica
- Classe \_\_\_\_\_

Università: \_\_\_\_\_ di: \_\_\_\_\_

- Anno: \_\_\_\_\_
- Voto: \_\_\_\_\_

eventuale Equipollenza: CLS \_\_\_\_\_

L'equipollenza od equiparazione alle Lauree delle classi stesse dovrà essere documentata tramite indicazione del relativo provvedimento Legislativo o Ministeriale;

Per i cittadini degli Stati membri dell'UE il titolo di studio non conseguito in Italia deve essere riconosciuto ai sensi della normativa vigente in materia.

Per i titoli di studio conseguiti all'estero indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza:

.....  
**Iscrizione all'albo di \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_**

**9)** di avere diritto alla precedenza/preferenza alla nomina, ai sensi della normativa statale, in quanto:

.....  
(INDICARE I MOTIVI)

**10)** di avere preso visione e quindi di consentire il trattamento e l'utilizzo dei dati personali nel rispetto della normativa vigente in materia;

**11)** per i portatori di handicap: ausili necessari per l'espletamento delle prove:

\_\_\_\_\_

Dichiara inoltre:

- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio (ulteriori rispetto ai titoli richiesti per l'ammissione):

---

---

- Di avere fruito, nell'ambito dei servizi resi per la PA, dei seguenti periodi di **aspettativa senza assegni:**

dal.....al.....

---

- di avere svolto le seguenti esperienze in qualità di **Tirocinante/Volontario/Stagista:**

Indicare i periodi con esattezza, senza arrotondamenti (ad es. dal 01/01/1998 al 31/08/1999). Periodi generici (ad es. da gennaio 2000 a marzo 2001) **non verranno valutati.**

Dal.....al.....presso.....

Profilo professionale.....

Attività svolta .....

.....

- Tirocinante                       Volontario                       Stagista.

---

Dal.....al.....presso.....

Profilo professionale.....

Attività svolta .....

.....

- Tirocinante                       Volontario                       Stagista.

---

- di avere usufruito delle seguenti **borse di studio/assegno di ricerca/dottorato di ricerca:**

Indicare i periodi con esattezza, senza arrotondamenti (ad es. dal 01/01/1998 al 31/08/1999). Periodi generici (ad es. da gennaio 2000 a marzo 2001) **non verranno valutati**

Dal.....al.....

presso.....

Studi effettuati: .....

.....

- Borsa di studio                       assegno di ricerca                       dottorato di ricerca

---

Dal.....al.....

presso.....

Studi effettuati: .....

Borsa di studio                       assegno di ricerca                       dottorato di ricerca

---

Dal.....al.....

presso.....

Studi effettuati: .....

Borsa di studio                       assegno di ricerca                       dottorato di ricerca

---

di avere svolto le seguenti esperienze di lavoro **a tempo indeterminato** c/o  
Pubbliche Amministrazioni:

Indicare i periodi con esattezza, senza arrotondamenti (ad es. dal 01/01/1998 al 31/08/1999). Periodi generici (ad es. da gennaio 2000 a marzo 2001) **non verranno valutati.**

Dal.....al.....presso.....

Profilo professionale.....categoria.....

Attività svolta .....

Part-time Si No Percentuale lavorativa.....

CCNL di riferimento.....

---

Dal.....al.....presso.....

Profilo professionale.....categoria.....

Attività svolta .....

Part-time Si No Percentuale lavorativa.....

CCNL di riferimento.....

---

Dal.....al.....presso.....

Profilo professionale.....categoria.....

Attività svolta .....

Part-time Si No Percentuale lavorativa.....

CCNL di riferimento.....

---

Dal.....al.....presso.....

Profilo professionale.....categoria.....

Attività svolta .....

.....  
Part-time Si No Percentuale lavorativa.....  
CCNL di riferimento.....

- 
- di avere svolto le seguenti esperienze di lavoro **a tempo determinato** c/o Pubbliche Amministrazioni:  
Indicare i periodi con esattezza, senza arrotondamenti (ad es. dal 01/01/1998 al 31/08/1999). Periodi generici (ad es. da gennaio 2000 a marzo 2001) **non verranno valutati**

Dal.....al.....presso.....  
Profilo professionale.....categoria.....  
Attività svolta .....

.....

Part-time Si No Percentuale lavorativa.....  
CCNL di riferimento.....

---

Dal.....al.....presso.....  
Profilo professionale.....categoria.....  
Attività svolta .....

.....

Part-time Si No Percentuale lavorativa.....  
CCNL di riferimento.....

---

Dal.....al.....presso.....  
Profilo professionale.....categoria.....  
Attività svolta .....

.....

Part-time Si No Percentuale lavorativa.....  
CCNL di riferimento.....

---

Dal.....al.....presso.....  
Profilo professionale.....categoria.....  
Attività svolta .....

.....

Part-time Si No Percentuale lavorativa.....  
CCNL di riferimento.....

- 
- Di avere svolto le seguenti esperienze di lavoro presso **datori di lavoro privati con rapporto di lavoro subordinato**

Indicare i periodi con esattezza, senza arrotondamenti (ad es. dal 01/01/1998 al 31/08/1999). Periodi generici (ad es. da gennaio 2000 a marzo 2001) **non verranno valutati**

Dal.....al.....presso.....

Profilo professionale.....categoria.....

Attività svolta .....

Part-time Si No Percentuale lavorativa.....

CCNL di riferimento.....

---

Dal.....al.....presso.....

Profilo professionale.....categoria.....

Attività svolta .....

Part-time Si No Percentuale lavorativa.....

CCNL di riferimento.....

---

Dal.....al.....presso.....

Profilo professionale.....categoria.....

Attività svolta .....

Part-time Si No Percentuale lavorativa.....

CCNL di riferimento.....

---

Dal.....al.....presso.....

Profilo professionale.....categoria.....

Attività svolta .....

Part-time Si No Percentuale lavorativa.....

CCNL di riferimento.....

---

- Di avere espletato i seguenti incarichi con rapporto di **Collaborazione Coordinata Continuata (CO.CO.CO)**

Indicare i periodi con esattezza, senza arrotondamenti (ad es. dal 01/01/1998 al 31/08/1999) e considerando i periodi di stacco tra un incarico e l'altro. Periodi generici (ad es. da gennaio 2000 a marzo 2001) **non verranno valutati**

Presso.....

Dal.....al.....

Attività svolta .....

---

- Di avere espletato i seguenti incarichi quale **consulente/prestatore d'opera professionale:**

Indicare i periodi con esattezza, senza arrotondamenti (ad es. dal 01/01/1998 al 31/08/1999). Periodi generici (ad es. da gennaio 2000 a marzo 2001) **non verranno valutati**

Presso.....

Tipo incarico  Consulente  Prestatore d'opera professionale

Dal.....al.....

Attività svolta .....

---

Presso.....

Tipo incarico  Consulente  Prestatore d'opera professionale

Dal.....al.....

Attività svolta .....

---

Presso.....

Tipo incarico  Consulente  Prestatore d'opera professionale

Dal.....al.....

Attività svolta .....

---

Presso.....

Tipo incarico  Consulente  Prestatore d'opera professionale

Dal.....al.....

Attività svolta .....

---

- o Di avere partecipato ai seguenti **seminari, congressi, convegni, corsi di aggiornamento etc.**

indicare con esattezza la data, la durata, il tipo di partecipazione (uditore o relatore) e l'eventuale svolgimento di un esame finale. La mancata precisazione dei dati causerà la non valutazione della partecipazione

Seminario  Congresso  Convegno  Corso  workshop

Titolo .....

Contenuto .....

---

Ente o Istituzione promovente .....

Dal .....al ..... durata (specificare ore o giorni) .....

Esame finale  Si  No Partecipazione come  Uditore  Relatore

---

Seminario  Congresso  Convegno  Corso  workshop

Titolo .....

Contenuto .....

---

Ente o Istituzione promovente .....

Dal .....al ..... durata (specificare ore o giorni) .....

Esame finale  Si  No Partecipazione come  Uditore  Relatore

---

Seminario  Congresso  Convegno  Corso  workshop

Titolo .....

Contenuto .....

Ente o Istituzione promovente .....

Dal .....al ..... durata (specificare ore o giorni) .....

Esame finale Si No Partecipazione come Uditore Relatore

---

Seminario  Congresso  Convegno  Corso  workshop

Titolo .....

Contenuto .....

Ente o Istituzione promovente .....

Dal .....al ..... durata (specificare ore o giorni) .....

Esame finale Si No Partecipazione come Uditore Relatore

---

Seminario  Congresso  Convegno  Corso  workshop

Titolo .....

Contenuto .....

Ente o Istituzione promovente .....

Dal .....al ..... durata (specificare ore o giorni) .....

Esame finale Si No Partecipazione come Uditore Relatore

---

○ **Pubblicazioni:**

Al fine della valutazione deve risultare la rivista o il testo su cui sono state pubblicate;

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abstract attinente su rivista nazionale           | <input type="checkbox"/> Abstract attinente su rivista internazionale |
| <input type="checkbox"/> Articolo internazionale attinente                 | <input type="checkbox"/> Articolo nazionale attinente                 |
| <input type="checkbox"/> Atti di master o corso attinente                  | <input type="checkbox"/> Atto di congresso attinente all'estero       |
| <input type="checkbox"/> Atto di congresso attinente in Italia             | <input type="checkbox"/> Capitolo di libro internazionale attinente   |
| <input type="checkbox"/> Capitolo di libro nazionale attinente             | <input type="checkbox"/> Poster nazionale / internazionale attinente  |
| <input type="checkbox"/> Pubblicazione su rivista internazionale attinente | <input type="checkbox"/> Pubblicazione su rivista Italiana attinente  |

Titolo/contenuto .....

Rivista/Libro: .....

---

Pubblicazioni:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abstract attinente su rivista nazionale | <input type="checkbox"/> Abstract attinente su rivista internazionale |
| <input type="checkbox"/> Articolo internazionale attinente       | <input type="checkbox"/> Articolo nazionale attinente                 |
| <input type="checkbox"/> Atti di master o corso attinente        | <input type="checkbox"/> Atto di congresso attinente all'estero       |
| <input type="checkbox"/> Atto di congresso attinente in Italia   | <input type="checkbox"/> Capitolo di libro internazionale attinente   |

- Capitolo di libro nazionale attinente
- Pubblicazione su rivista internazionale attinente

- Poster nazionale / internazionale attinente
- Pubblicazione su rivista Italiana attinente

Titolo/contenuto .....

Rivista/Libro: .....

---

**Pubblicazioni:**

- Abstract attinente su rivista nazionale
- Articolo internazionale attinente
- Atti di master o corso attinente
- Atto di congresso attinente in Italia
- Capitolo di libro nazionale attinente
- Pubblicazione su rivista internazionale attinente

- Abstract attinente su rivista internazionale
- Articolo nazionale attinente
- Atto di congresso attinente all'estero
- Capitolo di libro internazionale attinente
- Poster nazionale / internazionale attinente
- Pubblicazione su rivista Italiana attinente

Titolo/contenuto .....

Rivista/Libro: .....

---

**Pubblicazioni:**

- Abstract attinente su rivista nazionale
- Articolo internazionale attinente
- Atti di master o corso attinente
- Atto di congresso attinente in Italia
- Capitolo di libro nazionale attinente
- Pubblicazione su rivista internazionale attinente

- Abstract attinente su rivista internazionale
- Articolo nazionale attinente
- Atto di congresso attinente all'estero
- Capitolo di libro internazionale attinente
- Poster nazionale / internazionale attinente
- Pubblicazione su rivista Italiana attinente

Titolo/contenuto .....

Rivista/Libro: .....

---

**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

\_\_\_\_\_