ALLEGATO - schema di domanda

(da compilare in modo chiaro e leggibile, possibilmente in stampatello)

**ALL'AREA RISORSE UMANE E ACCREDITAMENTO – UFFICIO GIURIDICO
DELL'A.S.P. ISTITUTI MILANESI MARTINITT E STELLINE E PIO ALBERGO TRIVULZIO
VIA MAROSTICA, 8 – 20146 MILANO**

Il/la sottoscritto/a _____
Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ prov. _____ il _____

abitante (**domicilio**) in _____ prov. _____

C.A.P. _____ Via _____ n. _____

e **residente** in _____ prov. _____

C.A.P. _____ Via _____ n. _____

Cittadinanza _____ tel. _____

cel. _____ e-mail _____ @ _____

Codice fiscale

CHIEDE

di poter partecipare alla **procedura comparativa per la creazione di un albo di medici in rapporto libero professionale disponibili a collaborare con l'Azienda**

Il/la sottoscritto/a indica le seguenti preferenze, puramente indicative e non vincolanti per l'Azienda, relative all'attività da svolgere (*contrassegnare le caselle scelte*):

- attività diurna Milano (sede del Pio Albergo Trivulzio)
- turni notturni Milano (sede del Pio Albergo Trivulzio)
- attività diurna Milano (sede dell'RSA Principessa Jolanda)
- reperibilità notturna Milano (sede dell'RSA Principessa Jolanda)
- attività diurna Merate (sede dell'Istituto Frisia)
- reperibilità notturna Merate (sede dell'Istituto Frisia)

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara

(*devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate*):

- di godere dei diritti civili e politici

- di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative all'incarico da conferire
- di non aver subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:
diploma di laurea in _____
conseguito il _____ con la votazione di _____
presso _____
- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
specializzazione in _____ conseguita il _____
presso _____ con la votazione di _____
specializzazione in _____ conseguita il _____
presso _____ con la votazione di _____
- di essere iscritto all'Albo dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri di _____
dal _____
- di comunicare il seguente numero di partita iva _____
- di avere preso visione del bando della procedura comparativa e di conoscere ed accettare tutte le condizioni ivi previste
- di autorizzare l'A.S.P. I.M.M.e S. e P.A.T. al trattamento dei dati personali forniti ai sensi del D. Lgs. 196/2003 ai fini della gestione della presente procedura
- che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda sia fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni

Nome _____ Cognome _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____

tel. _____ e-mail _____ @ _____

Luogo e data _____ Firma _____

Allega:

- ⇒ curriculum vitae datato e firmato;
- ⇒ copia non autenticata di un documento di identità in corso di validità;
- ⇒ copia del diploma di laurea e di eventuale specializzazione;
- ⇒ copia dell'eventuale dichiarazione di equipollenza del titolo di studio conseguito all'estero rilasciata da parte del Ministero della Salute;
- ⇒ permesso di soggiorno in corso di validità o cedolino attestante la richiesta di rinnovo (solo per i cittadini non appartenenti all'Unione Europea).