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
Dell'Azienda Ospedaliera
Istituto Ortopedico
Gaetano Pini
Piazza Cardinal Ferrari 1
20122 MILANO

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al concorso pubblico per titoli ed esami per il conferimento di n. 5 posti a tempo indeterminato di

C.P.S. FISIOTERAPISTA – Cat. D.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste (art. 76 DPR 445/00) nel caso di false attestazioni e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti in virtù di un provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA

Di essere nato/a a _____ il _____

E residente in Via _____ (città) _____

domiciliato in Via _____ (città) _____

(indicare il domicilio solo se è diverso dalla residenza)

1. di essere in possesso della cittadinanza: (barrare la casella che interessa)
- ITALIANA (o equivalente)
 - STATO MEMBRO DELL'UNIONE EUROPEA _____
 - ALTRO _____
- (indicare il nome dello Stato)
2. di: (barrare la casella che interessa)
- essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
 - non essere iscritto nelle liste elettorali per i seguenti motivi _____
 - essere cancellato dalle liste elettorali per i seguenti motivi _____
3. di: (barrare la casella che interessa)
- non avere mai riportato condanne penali _____
 - non avere procedimenti penali in corso _____
 - di aver riportato le seguenti condanne penali _____
 - di avere i seguenti procedimenti penali in corso _____
4. di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione o dichiarato decaduto, ovvero licenziato a decorrere dalla data di entrata in vigore del primo contratto collettivo nazionale di lavoro;
5. di: (barrare la casella che interessa)
- non aver mai avuto procedimenti disciplinari
 - di avere i seguenti procedimenti disciplinari pendenti _____
 - di aver subito i seguenti procedimenti disciplinari (indicare anche l'esito) _____
6. di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
- (indicare l'esatta denominazione del titolo di studio –requisito di ammissione, per i titoli di studio conseguiti all'estero indicare gli estremi del Decreto di equipollenza)
- Conseguito il ____/____/____ presso _____
- (indicare l'esatta denominazione dell'istituto e il luogo ove ha sede)
- con votazione _____;
7. di essere dipendente con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato in qualità di _____ presso _____
- (indicare denominazione e sede dell'A.O.)
- dal ____/____/____;
8. aver prestato servizio alle dipendenze di Pubbliche Amministrazioni come indicato nella scheda curriculum allegata alla presente domanda;

9. di (barrare la casella che interessa - per i soli candidati di sesso maschile nati prima del 31.12.1985)

- aver assolto gli obblighi militari
- essere nella seguente posizione

10. che il proprio codice fiscale è _____

11. di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento e l'utilizzo dei dati personali contenuta nell'art.13 del bando della presente procedura di selezione e di acconsentire al trattamento degli stessi nel rispetto delle disposizioni del D.Lgs. n. 196/03;

12. di necessitare ai sensi della L. 104/92 e della L.68/99 del seguente ausilio e/o di tempi aggiuntivi necessari, per lo svolgimento delle prove d'esame in quanto portatore di handicap;

13. di aver diritto alla preferenza/precedenza ai sensi del D.P.R. 487/94 in quanto

(indicare i motivi previsti all'art.5 DPR 487/94 ad es. orfano di caduto sul lavoro, invalido per servizio, prole a carico ecc..)

14. di aver preso visione del testo integrale del bando di selezione e di accettare senza riserve tutte le condizioni in esso contenute;

15. che n. _____ fotocopie dei documenti allegati alla presente domanda sono conformi agli originali;

16. che le comunicazioni relative alla presente procedura di selezione siano effettuate al seguente recapito:

Destinatario _____

Via _____ n. _____ CAP _____ Città _____
_____ prov. _____ Telefoni _____

e-mail _____

e SI IMPEGNA a comunicare tempestivamente e per iscritto eventuali successive variazioni di indirizzo esonerando questa Amministrazione da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

_____, il _____

Firma (leggibile)

(sottoscrizione NON SOGGETTA ad autenticazione ai sensi dell'art. 39 DPR 445/00)

(La mancata sottoscrizione comporta l'esclusione della domanda dalla presente procedura di selezione)

Al Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliera
Istituto Ortopedico
Gaetano Pini
Piazza Cardinal Ferrari 1
20122 Milano

Il/La sottoscritto/a		cognome		nome	
nato il		a		prov.	

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'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini può acquisire direttamente gli atti comprovanti, sotto la propria responsabilità

<p>di essere in possesso del diploma di Laurea inconseguito in data.....presso l'Università degli Studi di</p> <p><i>Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia</i></p> <p>Riconoscimento a cura delin data</p> <p><i>(duplicare il riquadro in caso di necessità)</i></p>
<p>di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza, in qualità di: profilo professionale</p> <p>dal al</p> <p>dal al</p> <p>dal al</p> <p>con interruzione dal servizio (<i>ad es. per aspettative, congedi, senza assegni</i>): dalal(indicare giorno/mese/anno)</p> <p>motivo interruzione o causa risoluzione rapporto</p> <p>con rapporto ☐determinato ☐ indeterminato</p> <p>☐ a tempo pieno ☐ a tempo parziale, ore settimanali</p> <p>presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)</p>

di – via
..... n.
Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato
.....
.....
(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di avere prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo (es. co.co.co, collaborazione libero professionista, prestazione occasionale)
presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)
.....di
.....(prov. ...) – via
..... , n.
profilo/mansione/progetto
.....
dal al (indicare giorno/mese/anno)
con impegno orario settimanale di ore
motivo interruzione o cause risoluzione
.....
dal al (indicare giorno/mese/anno)
con impegno orario settimanale di ore
motivo interruzione o cause risoluzione
.....
Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato
.....
.....
.....
(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

Competenze del candidato con indicazione di eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzione di direzione (ad es. incarico di alta professionalità, di direzione di struttura semplice, di struttura complessa...)
tipologia di incarico.....
dalal
presso.....
.....
descrizione attività

svolta.....
.....
.....

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

Soggiorni di studio/addestramento

(soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, di durata non inferiore a mesi tre, con esclusione dei tirocini obbligatori)

presso

.....

..... di

.....(prov. ...) – via

....., n.dal

al

(indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

dal al (indicare
giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di aver svolto attività didattica (attività presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario – esclusa l'attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionale, convegni, congressi)

presso.....

.....nell'ambito del Corso di

.....

insegnamentoa.a.

.....

ore docenza(specificare se complessive o
settimanali)

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di aver frequentato i seguenti corsi di formazione

dalal

.....

presso.....

.....

contenuti del
 corso.....
 ...
 dalal

 presso.....
contenuti del
 corso.....

 dalal

 presso.....

 contenuti del
 corso.....
 ...

Di aver partecipato quale UDITORE ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari anche effettuati all'estero

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ecm

(duplicare le righe se insufficienti)

Di aver partecipato in qualità di RELATORE ai seguenti corsi, convegni, congressi anche effettuati all'estero

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ecm

(duplicare le righe se insufficienti)

di essere **autore** dei seguenti lavori scientifici – riferiti all'ultimo decennio – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione) che vengono allegati alla domanda in originale o in copia corredata da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà che ne attesti la conformità all'originale.

1 -

2		-
		
		
		
		
	<i>(duplicare le righe se insufficienti)</i>	
<u>di aver collaborato alla redazione dei seguenti lavori – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione)</u>		
1		-
		
		
2		-
		
		
	<i>(duplicare le righe se insufficienti)</i>	
Altre attività		
		
		
		
		
	<i>(duplicare le righe se insufficienti)</i>	

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

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 al concorso pubblico per titoli ed esami per il conferimento di n. 5 posti a tempo indeterminato di C.P.S. FISIOTERAPISTA – Cat. D, approvato con deliberazione n. 233 del 11 giugno 2014 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