

**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'ASST  
Centro Specialistico  
Ortopedico Traumatologico  
Gaetano Pini/CTO  
Piazza Cardinal Ferrari 1  
20122 MILANO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

### **CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico per titoli e colloquio per il conferimento di un incarico libero professionale ad un laureato in medicina e chirurgia specializzato in reumatologia, così come previsto nell'avviso approvato con deliberazione n. 266 del 11.05.2020

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 in possesso della seguente specializzazione \_\_\_\_\_

---

(indicare l'esatta denominazione della specializzazione indicando gli estremi del Decreto – requisito di ammissione, per i titoli di studio conseguiti all'estero indicare gli estremi del Decreto di equipollenza)

Conseguita il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

---

(indicare l'esatta denominazione dell'istituto e il luogo ove ha sede)  
con votazione \_\_\_\_\_;

7. di aver prestato servizio alle dipendenze di Pubbliche Amministrazioni con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato in qualità di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_

(indicare denominazione e sede dell'A.O.)  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

8. 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 del colloquio in quanto portatore di handicap;

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

14. che n. \_\_\_\_\_ fotocopie dei documenti allegati alla presente domanda sono conformi agli originali;

15. 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)**

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 | cognome | nome |
|----------------------|---------|------|

|                 |  |   |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------|--|---|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nato il         |  | a |  | prov. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CODICE FISCALE: |  |   |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

|                                                                                   |               |           |                 |            |                |           |               |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------|-----------------|------------|----------------|-----------|---------------|-----------|
| <b>di</b>                                                                         | <b>essere</b> | <b>in</b> | <b>possesso</b> | <b>del</b> | <b>diploma</b> | <b>di</b> | <b>Laurea</b> | <b>in</b> |
|                                                                                   |               |           |                 |            |                |           | conseguito    | in        |
| data.....                                                                         |               |           |                 |            |                |           |               |           |
| presso l'Università degli Studi di .....                                          |               |           |                 |            |                |           |               |           |
| <i>Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia</i>                     |               |           |                 |            |                |           |               |           |
| Riconoscimento a cura del .....in data .....                                      |               |           |                 |            |                |           |               |           |
| <i>(duplicare il riquadro in caso di necessità)</i>                               |               |           |                 |            |                |           |               |           |
| <b>di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici</b> della Provincia di..... |               |           |                 |            |                |           |               |           |
| dal.....n° di iscrizione.....                                                     |               |           |                 |            |                |           |               |           |
| <b>di essere i possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:</b>             |               |           |                 |            |                |           |               |           |
| 1)Disciplina: .....                                                               |               |           |                 |            |                |           |               |           |
| conseguita in data.....presso l'Università di .....                               |               |           |                 |            |                |           |               |           |

ai sensi del DLgs 257/1991 ☐ DLgs 368/1999 ☐ durata anni .....

2)Disciplina:.....  
conseguita in data.....presso l'Università  
di.....

ai sensi del DLgs 257/1991 ☐ DLgs 368/1999 ☐ durata anni .....

*Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia*

Riconoscimento a cura del.....in data.....

Tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture ove è stata svolta l'attività

.....  
.....  
.....

Tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime

.....  
.....  
.....

**di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza, in qualità di:**

profilo professionale ..... disciplina.....

.....

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

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

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

con interruzione dal servizio (*ad es. per aspettative, congedi, senza assegni*):

dal .....al .....(indicare giorno/mese/anno)

motivo interruzione o causa risoluzione rapporto

.....

con rapporto

☐ determinato

☐ indeterminato

☐ a tempo pieno

con impegno ridotto, ore .....

settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)

.....

di ..... – via ..... n. ....

Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

**di avere prestato attività di specialista ambulatoriale ex ACN**

nella branca di .....

dal ..... al .....(indicare  
giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore .....

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

con impegno settimanale pari a ore .....

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

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)

.....di

.....(prov. ...) – 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.....  
dal .....al .....  
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 o di specializzazione 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 .....  
insegnamento .....a.a. ....  
ore docenza .....(specificare se complessive o settimanali)

*(duplicare il riquadro ad ogni variazione)*

### **di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale**

dal .....al .....  
presso.....  
contenuti del corso .....

dal .....al .....  
presso.....  
contenuti del corso .....

dal .....al .....  
presso.....  
contenuti del corso .....

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

| ENTE ORGANIZZATORE | TITOLO DEL CORSO | PERIODO<br>giorno/mese/anno<br>dal/al | ore | LUOGO DI<br>SVOLGIMENTO | ecm |
|--------------------|------------------|---------------------------------------|-----|-------------------------|-----|
|                    |                  |                                       |     |                         |     |
|                    |                  |                                       |     |                         |     |
|                    |                  |                                       |     |                         |     |

*(duplicare le righe se insufficienti)*

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

| ENTE ORGANIZZATORE | TITOLO DEL CORSO | PERIODO<br>giorno/mese/anno<br>dal/al | ore | LUOGO DI<br>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 .....  
.....  
.....

3 .....  
.....  
.....

*(duplicare le righe se insufficienti)*

**di aver collaborato alla redazione** dei seguenti lavori – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione)

1 .....

.....

.....

2 .....

.....

.....

3 .....

.....

.....

*(duplicare le righe se insufficienti)*

**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

\_\_\_\_\_