



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 e s.m.i.), **valevole come DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.**

Al Direttore Generale
dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale
Centro Specialistico Traumatologico
Ortopedico Gaetano Pini - CTO
Piazza C. Ferrari, 1
20122 - MILANO

Il/la sottoscritto/a

CHIEDE

di essere ammesso all'avviso pubblico, per titoli, per il conferimento di n. 2 posti, a tempo pieno e determinato, di **COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO FISIOTERAPISTA (CAT. D)**.

A tal fine,

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. 28 dicembre 2000 n. 445,

dichiara

- di essere nato/a a il;
- di essere residente a (c.a.p.)in via.....;
- di essere in possesso della cittadinanza
(specificare se italiana o di altro Stato);
- di essere iscritto/a nelle liste del Comune di;
(oppure indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime);
- di non aver riportato condanne penali (oppure: di aver riportato le seguenti condanne penali);
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione;
- di aver conseguito il diploma di laurea in il giorno presso l'Università di;
(per i candidati che hanno conseguito il titolo di studio all'estero è necessario produrre il riconoscimento del titolo da parte del Ministero dell'Istruzione in Italia)



- di essere iscritto all'Albo del Collegio di.....al
n.....;
- di essere nella seguente situazione nei riguardi degli obblighi
militari.....;
- di essere in possesso dei seguenti titoli ai fini della preferenza e precedenza nella nomina
.....;
- di aver prestato o di prestare i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni con la
precisazione della motivazione della eventuale cessazione:
di aver prestato servizio pressoprov.....nel profilo di
.....dal al
....., motivi cessazione dal servizio:
.....;

(oppure di non aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni);

Il/La sottoscritto/a elegge il seguente domicilio al quale deve ad ogni effetto essere inviata
ogni comunicazione al riguardo:

.....
Tel. eventuale fax

Milano, (firma per esteso e leggibile)

Ai sensi della legge n. 196/2003 si autorizza il trattamento dei dati sopra riportati ai soli fini
del presente procedimento.

Milano, (firma per esteso e leggibile)



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 all'avviso pubblico, per titoli, per 2 posti a tempo pieno e determinato di COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO FISIOTERAPISTA CAT. D è/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 _____

(data), _____ (Il Dichiarante) _____

Ai sensi della legge n. 196/2003 si autorizza il trattamento dei dati sopra riportati ai fini del presente procedimento.

(data), _____ (Il Dichiarante) _____



CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

i
in allegato alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico, per titoli, per il conferimento di n. 2 posti a tempo determinato in qualità di **Collaboratore Professionale Sanitario Fisioterapista – Cat. D**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritt _____
(cognome) _____ (nome)
nato a _____ il _____

dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che quanto dichiarato nel sotto riportato curriculum corrisponde a verità che le eventuali fotocopie di titoli allegati sono conformi all'originale.

INFORMAZIONI PERSONALI	
Nome [Cognome, Nome]	
Indirizzo (residenza) [Numero civico, strada o piazza, codice postale, città, paese]	
Indirizzo (domicilio) [Numero civico, strada o piazza, codice postale, città, paese]	
Telefono	
Fax	
E-mail	
PEC	
Nazionalità	
Data di nascita [Giorno, mese, anno]	
Permesso di soggiorno (PER CITTADINI EXTRACOMUNITARI)	

ESPERIENZE LAVORATIVE	[elencare separatamente ciascuna attività svolta]
• Date: da (gg/mm/aa) a (gg/mm/aa)	
• Nome e indirizzo dell'azienda/ente	
• Qualifica/profilo professionale	
• Tipo di rapporto di lavoro (lavoro subordinato/autonomo, a tempo pieno/part time con impegno orario settimanale)	
• Aspettative senza retribuzione e senza decorrenza dell'anzianità	
• Ambito di attività	
• Principali mansioni e responsabilità	



• Capacità e competenze acquisite	
ISTRUZIONE E FORMAZIONE	
• Titolo di studio (diploma, specializzazioni) <i>[elencare separatamente ciascun titolo]</i> Conseguito presso: Data conseguimento (gg/mm/aa) durata percorso di studio Per cittadini extracomunitari riconoscimento Ministero Istruzione in Italia	
• Corsi universitari se conseguiti <i>[elencare separatamente ciascun corso]</i> (dottorati, master, corsi di perfezionamento) Conseguito presso: • Data conseguimento (gg/mm/aa) • durata corso	
• Attività formative (frequenze, corsi di formazione, stage, borse di studio ecc) <i>[elencare separatamente ciascuna attività indicando la tipologia, presso quale ente si è svolta, argomenti/temi/aspetti oggetto di approfondimento, data/periodo di svolgimento, impegno orario, eventuale valutazione finale, eventuale assegnazione di crediti ECM....ecc...]</i>	
• Attività di aggiornamento (partecipazione a corsi di aggiornamento, ecc...) <i>[elencare separatamente ciascun evento indicando la tipologia, presso quale ente si è svolto, argomenti/temi trattati, data/periodo di svolgimento, impegno orario, eventuale valutazione finale, eventuale assegnazione di crediti ECM....ecc, precisare se la partecipazione sia avvenuta in qualità di docente o relatore]</i>	
• Altre esperienze <i>[elencare separatamente ciascun esperienza, ritenuta coerente con il profilo da ricoprire, indicando la tipologia, presso quale ente si è svolta, data/periodo di svolgimento, impegno orario]</i>	



ULTERIORI INFORMAZIONI	
Lingue Straniere <i>[Indicare le lingue conosciute e il livello di conoscenza]</i>	
Capacità e competenze organizzative, relazionali, tecniche, manageriali <i>[Descrivere tali competenze e indicare come e dove sono state acquisite].</i>	
Altre Capacità e competenze <i>[Descrivere tali competenze e indicare come e dove sono state acquisite].</i>	
Eventuali Allegati	

Data _____

IL DICHIARANTE

(leggibile e per esteso)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente con le modalità indicate nel bando di avviso

(qualifica, cognome, nome del pubblico ufficiale che riceve la documentazione)