

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 n. 1 posto a tempo determinato di Dirigente Medico delle Malattie dell'Apparato Respiratorio, della durata di 12 mesi, eventualmente rinnovabili.

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.....)

capVia..... n.....

5. che il proprio stato civile è

6. che il proprio codice fiscale è

--	--	--

--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

7. di essere in servizio presso in
qualità di Dirigente Medico 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 in possesso della specializzazione in _____ conseguita presso _____ in data _____ durata anni _____;

15. di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri 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:

16. di essere fisicamente idoneo all'impiego;

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

18. ☐ 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

19. ☐ 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)

20. ☐ 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 da effettuarsi, con indicazione della causale "Contributo spese partecipazione avviso di per un posto di Dirigente Medico Malattie Apparato Respiratorio", tramite: c/c Intesa San Paolo – Filiale di Milano -- intestato all'ASST Gaetano Pini/CTO di Milano – IBAN: IT20 S030 6901 7911 0000 0046 028;
- 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 _____

Nato/a il _____ a _____ prov _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ in via _____

Domiciliario a _____ in via _____

Tel. _____

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

di essere in possesso del diploma di Laurea in:

.....

conseguito in datapresso l'Università degli Studi di

.....

.....

(Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia)

Riconoscimento a cura del

in data

di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di.....

dal.....n° di iscrizione.....

di essere i possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:

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*):

dalal(indicare giorno/mese/anno)

motivo interruzione o causa risoluzione rapporto

.....

con rapporto ☐ determinato ☐ indeterminato

☐ a tempo pieno ☐ con impegno ridotto, oresettimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)
di – via n.

Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato

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

(duplicare le righe se insufficienti)

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 – via
n.

Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato

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

(duplicare le righe se insufficienti)

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 – 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 le righe se insufficienti)

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 le righe se insufficienti)

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 le righe se insufficienti)

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

 insegnamentoa.a.
 ore docenza(specificare se complessive o settimanali)

di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale

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

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

dalal

presso.....
contenuti del corso.....
(duplicare le righe se insufficienti)

Di aver partecipato quale UDITORE ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari anche effettuati all'estero
(secondo i criteri stabiliti dall'art. 9 del DPR 484/1997):

Ente Organizzatore
Titolo del corso
Periodo (giorno/mese/anno)
Luogo di Svolgimento
ECM

(duplicare le righe se insufficienti)

Di aver partecipato quale RELATORE ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari anche effettuati
all'estero (secondo i criteri stabiliti dall'art. 9 del DPR 484/1997):

Ente Organizzatore
Titolo del corso
Periodo (giorno/mese/anno)
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 -
.....
.....

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
