



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 soli titoli, per il conferimento di n. 8 posti a tempo determinato di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere cat. D per 12 mesi.

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)