***FAC SIMILE DOMANDA***

Al Direttore Generale

ATS Città Metropolitana di Milano

C.so Italia 19

20122 Milano

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………………………………….………………

**C H I E D E**

di partecipare all’avviso pubblico, per soli titoli, per il conferimento di un incarico libero professionale per la figura di **Medico, da assegnare alla UOC Promozione della Salute – UOS Milano Est, del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria dell’ATS della Città Metropolitana Di Milano” - ai sensi dell’art. 7, comma 6, d.lgs 30.03.2001 n.165 e ss.mm.ii.”.**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del medesimo DPR nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

**dichiara**

sotto la propria responsabilità:

1. di essere nato/a a …………….….…………….……………………. il …………………………..
2. di essere residente a ……….… (C.A.P. …….……….) in via ……………………….…………
3. di essere cittadino/a …………………………………………… (specificare se italiano o di altro Stato)
4. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di …………………………….. oppure di non essere iscritto nelle liste elettorali per i seguenti motivi: ………………………………………………….…
5. di essere in possesso del seguente Codice Fiscale: ……………………………………………………...…
6. di essere/non in possesso del seguente numero di Partita IVA: ………………………………………………
7. di non aver subito condanne penali ……… oppure di aver riportato le seguenti condanne penali ……………….……………………………………………………………………

(le eventuali condanne penali devono essere indicate anche qualora sia intervenuta l’estinzione della pena o sia stato concesso il perdono giudiziale, la sospensione condizionale della pena, o sia stato accordato il beneficio della non menzione della condanna nel certificato generale del Casellario Giudiziale);

1. di essere nella seguente situazione nei riguardi degli obblighi di leva: ……………………….……….
2. di aver conseguito i seguenti titoli di studio:

 Laurea in ………………………………………………………………………..…………… conseguita presso …………………………………………….…. il …………………….……….

oppure del seguente titolo di studio: …………………………..…………..………………………………… conseguito presso ………………………………………………………… il ……………………………………

1. di essere in possesso del seguente diploma di specializzazione universitaria:

 specializzazione in ……...……………………………………………………………………………………………………………… conseguita presso ……………………………………………………………… il ……………………………e/o del Diploma di formazione specifica in Medicina Generale conseguito il …………………………………………….

1. di essere iscritto/a all’Albo dell’Ordine dei …………………………………………………………………

 della provincia/regione di …………… a decorrere dal ………………. al n. ………………..

1. di non trovarsi in stato di interdizione legale o temporanea dagli uffici pubblici;
2. di possedere il requisito specifico di ammissione al presente avviso, costituito dall’avere esperienza professionale in qualità di Medico, svolta all’interno dei Dipartimenti di Prevenzione Sanitaria – **nell’ambito delle attività di promozione della salute, per almeno** **2 anni complessivi**, con un contratto stipulato direttamente con le ASL/ATS, di lavoro dipendente o di libera professione o di collaborazione coordinata e continuativa, con un impegno orario non inferiore a 15 (quindici) ore settimanali, come di seguito indicato:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datore di lavoro**  | **Periodo** | **Qualifica**  | **Impegno orario settimanale** | **Tipo di rapporto (\*)** |
| **data inizio(gg/mm/aa)** | **data fine(gg/mm/aa)** |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |

*(\*) indicare: DIP per lavoro dipendente*

 *LP per rapporto libero-professionale o di collaborazione coordinata e continuativa*

1. di aver prestato inoltre il seguente servizio (altre esperienze professionali):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datore di lavoro**  | **periodo** | **Qualifica**  | **Impegno orario settimanale** | **Tipo di rapporto (\*)** |
| **data inizio(gg/mm/aa)** | **data fine(gg/mm/aa)** |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |

*(\*) indicare: DIP per lavoro dipendente*

 *LP per rapporto libero-professionale o di collaborazione coordinata e continuativa,*

1. di voler ricevere ogni comunicazione al seguente indirizzo:

 Via ……………………….……………………………………………………………….…n. …………

c.a.p. ………….……. Città ………..……………………………………… Prov. …………………

telefono casa n. …………….. cellulare …………………….…………Pec……………………..

Mail…………………………………………………………………………………………………………

1. di manifestare il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Al riguardo dichiara di essere a conoscenza che:

* il titolare del trattamento dei dati personali è l’ATS della Città Metropolitana di Milano;
* i dati personali raccolti sono utilizzati, anche mediante strumenti informatici, esclusivamente per la selezione del personale al fine dell’attribuzione degli incarichi e che il loro conferimento è obbligatorio per il corretto svolgimento dell’istruttoria e per gli adempimenti successivi;
* nel caso di conferimento di incarico saranno altresì utilizzati per le finalità connesse allo svolgimento dell’incarico stesso e potranno essere comunicati a terzi per adempimenti normativi;
* ai sensi di legge, i nominativi dei consulenti che collaborano con l’ASL, l’oggetto, la durata e il compenso dell’incarico saranno raccolti in apposito elenco, soggetto alle forme di pubblicità previste dalla legge.

Allega alla domanda:

* curriculum formativo-professionale datato, firmato e autocertificato con specifica indicazione dei riferimenti di legge (artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000) e delle assunzioni di responsabilità delle dichiarazioni rese;
* eventuali titoli (pubblicazioni, attestati, altri documenti)
* copia del documento di identità.

**Data** …………………………… **Firma** ………..……………………………….…

AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA A NORMA DELL’ART. 39 DEL DPR 28.12.2000, N. 445

**N.B. ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO di IDENTITA’**