**FAC-SIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO PUBBLICO PER LA PROCEDURA DI STABILIZZAZIONE DI CUI ALL’ART. 20 COMMA 1 DEL D. LGS. 75/2017 DEL PERSONALE PRECARIO DEL PERSONALE DELLA DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA, TECNICA E PROFESSIONALE**

**Al Direttore Generale**

**Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense**

**Viale Forlanini, 95**

**20024 GARBAGNATE MILANESE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_)

**CHIEDE**

Di partecipare all’avviso pubblico per la procedura di stabilizzazione di cui all’art. 20, comma 1, del D. Lgs. n. 75/2017 del personale precario della Dirigenza Medica e Sanitaria, Tecnica e Professionale, per il seguente profilo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell’atto di notorietà, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

* essere nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di risiedere a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* essere cittadino italiano ovvero cittadinanza equivalente secondo le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell’Unione europea di seguito riportato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ovvero di non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali per i seguenti motivi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* non aver riportato condanne penali, ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* essere, nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* essere in possesso del Diploma di Laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* essere in possesso del diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:
* ai sensi del D.Lgs. 257/91
* ai sensi del D.Lgs n. 368/99;
* essere iscritto all’Albo dell’Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**DICHIARA altresì:**

**di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:**

* essere stato in servizio, nel profilo oggetto della richiesta di stabilizzazione, successivamente alla data del 28/08/2015 con contratto di lavoro a tempo determinato di tipo subordinato presso l’ASST Rhodense;
* essere stato reclutato a tempo determinato, nel profilo oggetto della richiesta di stabilizzazione, attingendo ad una graduatoria, a tempo determinato o a tempo indeterminato riferita ad una procedura concorsuale ordinaria, per esami e/o titoli, ovvero prevista in una normativa di legge, procedura anche espletata presso amministrazioni pubbliche diverse da quella che procede all’assunzione;
* aver maturato, al 31/12/2017, almeno tre anni di servizio, nel profilo oggetto della richiesta di stabilizzazione, anche non continuativi, negli ultimi otto anni (dal 01/01/2010 al 31/12/2017), come di seguito indicati:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servizio prestato con contratto di lavoro a tempo determinato nel profilo oggetto della procedura di stabilizzazione,  presso le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario della Regione Lombardia** | | | | | |
| **Denominazione Ente** | | **Profilo Professionale** | **Periodo di servizio** | | **impegnativa  oraria  settimanale** |
| **dal  (gg/mm/aa)** | **al  (gg/mm/aa)** |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Servizio prestato con contratto di lavoro a tempo determinato nel profilo oggetto della procedura di stabilizzazione,  presso le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale** | | | | | |
| **Denominazione Ente** | | **Profilo Professionale** | **Periodo di servizio** | | **impegnativa  oraria  settimanale** |
| **dal  (gg/mm/aa)** | **al  (gg/mm/aa)** |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Servizio prestato con contratto di lavoro flessibile nel profilo oggetto della procedura di stabilizzazione,  presso le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario della Regione Lombardia** | | | | | |
| **Denominazione Ente** | **Tipologia di contratto** | **Profilo Professionale** | **Periodo di servizio** | | **impegnativa  oraria  settimanale** |
| **dal  (gg/mm/aa)** | **al  (gg/mm/aa)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Servizio prestato con contratto di lavoro flessibile nel profilo oggetto della procedura di stabilizzazione,  presso le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale** | | | | | |
| **Denominazione Ente** | **Tipologia di contratto** | **Profilo Professionale** | **Periodo di servizio** | | **impegnativa  oraria  settimanale** |
| **dal  (gg/mm/aa)** | **al  (gg/mm/aa)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* di non essere titolare di un contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato presso pubblica amministrazione nel profilo equivalente o superiore a quello oggetto della richiesta di stabilizzazione.

Chiede infine che ogni comunicazione inerente la presente domanda venga inviata al seguente indirizzo:

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CITTÀ’ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_