**FACSIMILE DOMANDA**

(da redigere in carta semplice)

 All’Amministrazione

dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (A.S.S.T.) RHODENSE

Viale Forlanini, 95

20024 GARBAGNATE MILANESE

Il sottoscritto .......................................... chiede di poter partecipare all’avviso pubblico, per titoli e colloquio, per la costituzione del rapporto di lavoro a tempo determinato della durata di mesi dodici, per N. 1 posto di Dirigente del ruolo professionale, profilo professionale INGEGNERE GESTIONALE, da assegnare alla SS GESTIONE OPERATIVA – NEXTGENERATIONEU, bandito da codesta Azienda.

***A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,***

dichiara di:

1. essere nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di risiedere a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_) in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. essere cittadino italiano ovvero cittadinanza equivalente secondo le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell’Unione europea;
3. 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. non aver riportato condanne penali, ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
5. essere, nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
6. essere in possesso del diploma di laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
7. essere iscritto all’Ordine degli Ingegneri della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
8. di essere abilitato all’esercizio della professione di Ingegnere;
9. di essere in possesso di cinque anni di servizio effettivo corrispondente alla medesima professionalità, relativa alla selezione, prestato in enti del Servizio Sanitario Nazionale nella categoria D o Ds, ovvero in qualifiche funzionali corrispondenti di altre pubbliche amministrazioni. Ai sensi dell’art. 26 del D.lgs. n. 165/2001
10. di essere in possesso di esperienze lavorative con rapporto di lavoro libero-professionale o di attività coordinata e continuativa presso Enti o Pubbliche Amministrazioni, ovvero di attività documentate presso studi professionali privati, Società o Istituti di Ricerca, aventi contenuto analogo a quello previsto per il profilo oggetto della presente selezione;
11. **di aver preso visione del testo integrale del bando e di accettare senza riserve tutte le condizioni in esso contenute.**

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

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_ CITTÀ’ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.E.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data ...... FIRMA ................................................................

**N.B.** Alla domanda il candidato dovrà allegare:

* tutte le certificazioni relative ai titoli che ritiene opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito, ivi compreso il curriculum formativo e professionale redatto in carta semplice datato e firmato.
* un elenco dei documenti, delle pubblicazioni e dei titoli presentati.
* Fotocopia documento di identità

#### MODULO 1

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI NOTORIETA’

**(artt.46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall’art.76 del D.P.R. n. 445/2000,**

**DICHIARA**

* di essere in possesso del/i seguente/i **titolo/i di studio (laurea)**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conseguito presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* **di essere abilitato all’esercizio della professione di Ingegnere;**
* **di essere iscritto all’Ordine degli Ingegneri della provincia di** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* **di avere prestato i seguenti servizi**:

|  |
| --- |
| **ENTI DEL SSN - QUALE DIPENDENTE** |
| **DENOMINAZIONE AMMINISTRAZIONE**  | **Indicare Profilo Professionale/Qualifica** | **Impegnativa oraria settimanale** | **dal gg/mm/aa** | **al gg/mm/aa** |
|   |   |   | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|   |   |   | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |
|   |   |   | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |
| **ENTI O PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI - QUALE LIBERO PROFESSIONISTA/CO.CO.CO/CO.CO.PRO** |
| **DENOMINAZIONE AMMINISTRAZIONE**  | **Indicare Profilo Professionale/Qualifica** | **Impegnativa oraria settimanale** | **dal gg/mm/aa** | **al gg/mm/aa** |
|   |   |   | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|   |   |   | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|   |   |   | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|   |   |   | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |
| **STUDI PROFESSIONALI PRIVATI/SOCIETA’ O ISTITUTI DI RICERCA - QUALE DIPENDENTE/LIBERO PROF./ALTRO** |
| **DENOMINAZIONE AMMINISTRAZIONE**  | **Indicare Profilo Professionale/Qualifica** | **Impegnativa oraria settimanale** | **dal gg/mm/aa** | **al gg/mm/aa** |
|   |   |   | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|   |   |   | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|   |   |   | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|   |   |   | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |

* **di aver partecipato a corsi di aggiornamento, congressi, seminari etc, come di seguito dettagliato:**

|  |
| --- |
| **PARTECIPAZIONE A CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI, SEMINARI, QUALE UDITORE** |
| **N.** | **TITOLO DEL CORSO/CONVEGNO ECC.** | **DATA DI SVOLGIMENTO** | **LUOGO DI SVOLGIMENTO** | **CREDITI ECM** |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |
| **PARTECIPAZIONE A CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI, SEMINARI, QUALE RELATORE** |
| **N.** | **TITOLO DEL CORSO/CONVEGNO ECC.** | **DATA DI SVOLGIMENTO** | **LUOGO DI SVOLGIMENTO** | **CREDITI ECM** |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |

* **che le pubblicazioni di seguito dettagliate, ed allegate alla presente dichiarazione, sono conformi agli originali in mio possesso:**

|  |
| --- |
| **LAVORI SCIENTIFICI (ALLEGARE COPIA DELLE PUBBLICAZIONI)** |
| **N.** | **TITOLO DEL LAVORO** | **RIVISTA PUBBLICANTE** | **DATA PUBBLICAZIONE** |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

* **altro**:
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(indicare analiticamente tutti gli elementi necessari all’esatta individuazione delle situazioni certificate).

luogo, data ...........................................

 firma per esteso del dichiarante..........................................

Ai sensi di quanto previsto dall’art. 13 del Regolamento Europeo n. 2016/679 del 27/4/2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, i dati personali forniti dai candidati nella domanda di partecipazione all'avviso non saranno diffusi e/o comunicati a terzi. I dati personali acquisiti potranno essere comunicati, in relazione ad uno specifico obbligo di legge, di regolamento o di contratto, sempre nel rispetto del principio di pertinenza e non eccedenza, a soggetti terzi quali: enti assicurativi, assistenziali, società assicurative, centri di elaborazione dati, collegi professionali, enti di controllo nazionali, regionali e locali (Ministero della Sanità, Regione Lombardia, ATS, etc.).

il dichiarante.........................................