

FAC – SIMILE DI DOMANDA

Al Direttore Generale
dell'A.T.S. Città Metropolitana Milano
C.so Italia n.52
20122 MILANO

Il sottoscritto/achiede di essere ammesso a partecipare alla seguente procedura pubblica:

“AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER IL CONFERIMENTO DI UNA BORSA DI STUDIO DELLA DURATA DI 24 MESI PRESSO LA UOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA MILANO OVEST DA ASSEGNARE AD UN LAUREATO IN BIOLOGIA”.

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 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);
7. di essere nella seguente situazione nei riguardi degli obblighi di leva:
8. di aver conseguito i seguenti titoli di studio: Laurea inconseguita presso l'Università di il
9. di aver conseguito la seguente specializzazione inconseguita presso l'Università di il
10. di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei della provincia/regione di a decorrere dal al n.
11. di essere in possesso del seguente Master Universitario
12. di avere svolto e terminato il seguente Dottorato di ricerca
13. di non trovarsi in stato di interdizione legale o temporanea dagli uffici pubblici;

14. di aver prestato il seguente servizio nei seguenti Enti del Servizio Sanitario Nazionale:

Datore di Lavoro	PERIODO		QUALIFICA: ruolo, categoria, profilo (***)	IMPEGNO ORARIO Settimanale (*)	Tipo di Rapporto (**)
	data inizio (gg/mm/aa)	data fine (gg/mm/aa)			

(*) indicare: Tempo Pieno o Part-Time (indicare percentuale)

(**) indicare: DIP per lavoro dipendente

LP per rapporto libero-professionale o di collaborazione coordinata e continuativa,
borsista ecc.

(***) esempio=ruolo: tecnico- categoria: D- profilo: professionale.

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

Datore di Lavoro	PERIODO		QUALIFICA ruolo, categoria, profilo (***)	IMPEGNO ORARIO Settimanale (*)	Tipo di Rapporto (**)
	data inizio (gg/mm/aa)	data fine (gg/mm/aa)			

(*) indicare: Tempo Pieno o Part-Time (indicare percentuale)

(**) indicare: DIP per lavoro dipendente

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

(***) indicare CCNL di riferimento – quadro/dirigente – informatico, analista, ecc.

16. di essere/ non essere in possesso della Partita Iva;

17. di voler ricevere ogni comunicazione al seguente indirizzo:

Vian.
 c.a.p. Città Prov.
 telefono casa n. cellulare
 e-mail.....
 PEC.....

18. 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) e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), 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;

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'

FAC SIMILE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (artt. 19 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a
nato/a il
residente a in via
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che le copie dei documenti sotto elencati, presentati con la domanda di partecipazione al pubblico avviso indetto dall'ATS di Milano, **sono conformi agli originali:**

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

oppure

- **altre dichiarazioni**

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

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma

N.B. Allegare fotocopia documento identità.

Il sottoscritto allega fotocopia fronte-retro documento di identità
n. rilasciato il da

FAC SIMILE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI (art.46 del DPR 28.12.2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a
nato/a il
residente a in via
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- (indicare gli stati, qualità personali o fatti necessari ai fini dell'autorizzazione richiesta ed autocertificabili ai sensi dell'art.46 D.P.R. n.445/2000):

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

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma

N.B. Allegare fotocopia documento identità.

Il sottoscritto allega fotocopia fronte-retro documento di identità
n. rilasciato il da