

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), **valevole come DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445**

**Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliera
Istituto Ortopedico Gaetano Pini
Piazza Cardinal Ferrari 1
20122 Milano**

Il/la sottoscritto/a

chiede

di essere ammesso all'avviso pubblico per soli titoli per il conferimento di una borsa di studio per un laureato in e specializzato in

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 prov. il
- di essere residente a (c.a.p.) prov.in via
- di essere in possesso della cittadinanza
(specificare se italiana o di altro Stato);
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali 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 Medicina e chirurgia il giornopresso l'Università..... di prov. con la seguente votazione
- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione rilasciata in data
- di aver conseguito il diploma di specializzazione in data
- di essere iscritto all'albo dei Medici Chirurghi dicon il numero.....;
- di essere nella seguente situazione nei riguardi degli obblighi militari.....;

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)

Il sottoscritto allega la seguente documentazione:

- elenco in triplice copia dei documenti presentati;
- curriculum formativo e professionale datato e firmato;
-

Fac-simile di DICHIARAZIONE sostitutiva dell'ATTO di notorietà da ricopiare su foglio in carta semplice con firma Non autenticata (da allegare alla domanda con la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità):

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Artt. 19 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

(non soggetta ad autenticazione della sottoscrizione ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.)

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. _____ il
_____, residente a _____ prov. _____ in via

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. n. 445/2000.,

DICHIARA

che la/le presente/i copia/e composta/e da n. _____ fogli per n. _____ facciate totali, presentata/e con la domanda di partecipazione all'avviso pubblico, per soli titoli, per la copertura a tempo determinato di n. _____ posto/i di _____ è/sono conforme/i all'originale conservata/e presso il Sottoscritto e disponibile/i per i controlli di cui all'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000:

- 1 -
- 2 -
- 3 -
- 4 -
- 5 -
- 6 -
- 7 -
- 8 -

(data), _____

IL DICHIARANTE

(firma per esteso e leggibile)

Ai sensi della legge n. 196/2003 si autorizza il trattamento dei dati sopra riportati ai fini del presente procedimento.

(Data), _____

(Il Dichiarante) _____



AZIENDA OSPEDALIERA
ISTITUTO ORTOPEDICO GAETANO PINI
Piazza Andrea Cardinal Ferrari, 1 – 20122 Milano

ATTO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a, _____

Nato/a _____ prov. _____ il _____

presa visione dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati personali, sensibili e giudiziari,

PRESTA IL SUO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Data _____ firma leggibile _____