

*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 soli titoli, per il conferimento di una borsa di studio per un laureato in medicina e chirurgia specializzato in reumatologia, per una ricerca sul tema “.....”.

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 .....il giorno .....presso 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 .....di .....con 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 il conferimento di una borsa di studio per soli titoli, per il conferimento di una borsa di studio per un laureato in medicina e chirurgia specializzato in reumatologia, per una ricerca sul tema "....." 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 \_\_\_\_\_