## 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 e s.m.i. ), valevole come DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.

\*\*\*\*\*\*\*\*

 Al Direttore Generale

dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale

Centro Specialistico Traumatologico

Ortopedico Gaetano Pini - CTO

Piazza C. Ferrari, 1

20122 - MILANO

Il/la sottoscritto/a ………………………………………………………………………………..

### CHIEDE

di essere ammesso all’avviso pubblico, per titoli, per il conferimento di n. sei incarichi, a tempo pieno e determinato, di **OPERATORE SOCIO SANITARIO (CAT. BS).**

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**

1. di essere nato/a a ……………………………………….…. il ……………………………….;
2. di essere residente a …………………………….…. (c.a.p.) ………………..in via………….…………………………………………….;
3. di essere in possesso della cittadinanza ………………………………………………………

*(specificare se italiana o di altro Stato);*

1. di essere iscritto/a nelle liste del Comune di …………………………………;

(*oppure indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime* ……………………………………..………………………);

1. di non aver riportato condanne penali (*oppure: di aver riportato le seguenti condanne penali* …………………………………………);
2. di non essere stato destituito o dispensato dall’impiego presso una pubblica amministrazione;
3. di aver conseguito il diploma in ………………………………… il giorno ……………. presso l’Università di ……………………………………………………….;
4. di essere iscritto all’Albo del Collegio di………………………………al n……………………………………;
5. di essere nella seguente situazione nei riguardi degli obblighi militari………………………………………………………………;
6. di avere diritto alla riserva dei posti prevista dalla legge ove applicabile in relazione ai posti messi a concorso …………………………………..(indicare catg. di appartenenza);
7. di essere in possesso dei seguenti titoli ai fini della preferenza e precedenza nella nomina ……………………………………………. ;
8. di aver prestato o di prestare i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni con la precisazione della motivazione della eventuale cessazione:

di aver prestato servizio presso ………………………………….prov.…….nel profilo di ……………..……………………..……………………dal ………………… al ………………………………………, motivi cessazione dal servizio: ………………………………………………;

*(oppure di non aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni);*

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)

***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 titoli, per sei incarichi a tempo pieno e determinato di OPERATORE SOCIO SANITARIO CAT. BS 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Il Dichiarante) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(data), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Il Dichiarante) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_