

Al Direttore Generale  
ASST Centro Specialistico  
Ortopedico Traumatologico  
Gaetano Pini - CTO  
Piazza Cardinal Ferrari, 1  
20122 - Milano

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO QUINQUENNALE PER LA DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA DELLA UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - CTO approvato con atto deliberativo n. 269 del 11/05/2023.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter essere ammesso all'avviso pubblico per conferimento di UN INCARICO QUINQUENNALE PER LA DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA DELLA UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - CTO come da relativo avviso di cui dichiara di avere preso visione, accettandone le condizioni.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 come modificato dalla normativa vigente, sotto la propria responsabilità, dichiara:

a) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ), il \_\_\_\_\_ e di risiedere a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ ;

b) di essere in possesso di cittadinanza:

b<sub>1</sub>)  Italiana  
 Equiparata alla cittadinanza italiana ai sensi della seguente normativa \_\_\_\_\_ ;  
e (in questi casi) dichiara di:  
 essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ )  
*oppure*  
 non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali di un Comune per le seguenti motivazioni \_\_\_\_\_ ;

b<sub>2</sub>)  di Stato dell'Unione Europea e precisamente: \_\_\_\_\_, e (in questo caso) di:  
 godere dei diritti civili e politici presso il proprio Stato di appartenenza  
*oppure*  
 non godere dei diritti civili e politici presso il proprio Stato di appartenenza per le seguenti motivazioni: \_\_\_\_\_

b<sub>3</sub>)  di Stato Estero (non facente parte dell'Unione Europea) e precisamente: \_\_\_\_\_  
 familiare di cittadino di Stato membro dell'Unione Europea indicare generalità del familiare (nome, cognome, luogo e data di nascita e cittadinanza) e legame familiare  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- titolare del diritto di soggiorno nr \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_ ;
- titolare del diritto di soggiorno permanente nr \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ ;
- titolare di permesso di soggiorno nr.** \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_ ,  
per il seguente motivo (barrare la voce di interesse) :
- permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
- status di rifugiato;
- status di protezione sussidiaria
- e (in questo caso) di:
- godere dei diritti civili e politici presso il proprio Stato di appartenenza
- non godere dei diritti civili e politici presso il proprio Stato di appartenenza per le seguenti motivazioni:

\_\_\_\_\_

- c)  di non avere subito condanne penali

*oppure*

- aver riportato le seguenti condanne penali

*[dichiarare, indicando il reato e l'autorità giudiziaria che ha adottato il provvedimento. Devono essere indicate anche eventuali sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti ai sensi dell'art. 444 c.p.p (c.d. patteggiamento). Tali dichiarazioni devono riguardare anche eventuali precedenti penali non riportati nei certificati del casellario giudiziale ad uso dei privati]:*

\_\_\_\_\_

- d)  di non avere procedimenti penali in corso

*oppure*

- avere i seguenti procedimenti penali in corso

*(dichiarare, indicando il reato e l'autorità giudiziaria che ha adottato il provvedimento):*

\_\_\_\_\_

- e)  di non essere sottoposto a misure di sicurezza

*oppure*

- di essere sottoposto alle seguenti misure di sicurezza

*(dichiarare, indicando il reato e l'autorità giudiziaria che ha adottato il provvedimento):*

\_\_\_\_\_

- f) se cittadino di Stato straniero, dichiara di:

- avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
- non avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

g) di essere in possesso del Diploma di \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ e di Specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;

h) di essere regolarmente iscritto all'Ordine dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ con iscrizione al nr. \_\_\_\_\_ con decorrenza dal \_\_\_\_\_

senza provvedimenti disciplinari a carico, adottati dall'Ordine;

con provvedimenti disciplinari a carico, adottati dall'Ordine, per le seguenti motivazioni: \_\_\_\_\_ ;

i) posizione nei riguardi degli obblighi militari: \_\_\_\_\_ ;

j)  di essere stato dichiarato fisicamente idoneo alle mansioni proprie del profilo di appartenenza e di non avere comunque limitazioni al loro normale svolgimento.

di essere stato dichiarato fisicamente non idoneo alle mansioni proprie del profilo di appartenenza

di avere le seguenti limitazioni al normale svolgimento delle mansioni proprie del profilo di appartenenza: \_\_\_\_\_

k) di essere in possesso del seguente requisito previsto dall'avviso anzianità di servizio:

sette anni, di cui cinque nella disciplina oggetto dell'avviso o in una disciplina equipollente e specializzazione nella disciplina oggetto dell'avviso o in disciplina equipollente;

dieci anni nella disciplina oggetto dell'avviso.

l)  di aver prestato i seguenti servizi alle dipendenze di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private come segue:

**(Utilizzare il seguente schema per elencare i propri servizi riproducendolo tante volte quanto necessita)**

❖ Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (indicare gg/mm/aa)

presso \_\_\_\_\_

(indicare esatta denominazione e se trattasi di Struttura Pubblica/IRCCS/Equiparata o Privata in regime di convenzione/accreditamento)

con sede in \_\_\_\_\_

con inquadramento DI \_\_\_\_\_

a tempo determinato con rapporto di lavoro  a tempo pieno  a impegno ridotto (n. ore sett. \_\_\_\_\_)

a tempo indeterminato      con rapporto di lavoro  a tempo pieno  a impegno ridotto (n. ore sett. \_\_\_\_\_)

con rapporto di lavoro       esclusivo  non esclusivo

con incarico dirigenziale \_\_\_\_\_

(indicare l'esatta denominazione e la tipologia dell'incarico)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (indicare gg/mm/aa)

Motivo della cessazione: \_\_\_\_\_ ;

Interruzioni del servizio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per il seguente motivo \_\_\_\_\_ ;

m)  di essere in possesso dell'attestato di formazione manageriale in corso di validità conseguito in data \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_ ;

di non essere in possesso dell'attestato di formazione manageriale;

n)  di avere necessità, in quanto disabile ai sensi della Legge n. 104/92 del seguente ausilio:

\_\_\_\_\_

e dell'applicazione di eventuali tempi aggiuntivi \_\_\_\_\_ .

Allego certificazione rilasciata da apposita struttura sanitaria pubblica.

**Dichiaro inoltre di autorizzare l'Azienda al trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 per le parti ancora valide, in quanto non in contrasto con il Reg. UE 2016/679 (Regolamento europeo per la protezione dei dati personali) e successive modificazioni ed integrazioni.**

**Il/La sottoscritto/a elegge il seguente domicilio al quale deve, ad ogni effetto essere inviata ogni comunicazione inerente la presente procedura selettiva, autorizzando l'Azienda – in assenza di PEC - ad utilizzare come mezzo esclusivo di comunicazione l'indirizzo di posta elettronica indicato:**

COMUNE \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ NR.CIVICO \_\_\_\_\_

P.E.C.: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

TEL. FISSO \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(allegare copia fronte/retro del documento di identità)

## CURRICULUM PROFESSIONALE

Al Direttore Generale  
ASST Centro Specialistico  
Ortopedico Traumatologico  
Gaetano Pini - CTO  
Piazza Cardinal Ferrari, 1  
20122 - Milano

**CURRICULUM PROFESSIONALE ALLEGATO QUALE PARTE INTEGRANTE ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALL' AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO QUINQUENNALE PER LA DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA DELLA UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE – CTO, approvato con atto deliberativo n. 269 del 11/05/2023.**

**IO SOTTOSCRITTO/A** \_\_\_\_\_

- consapevole che l'Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati;
- valendomi delle disposizioni di cui al DPR 28.12.2000 n. 445 come modificato dall'art. 15 della Legge 12/11/2011 n. 183;
- consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

**DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA':**

### **DATI ANAGRAFICI:**

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ), il \_\_\_\_\_

di risiedere in \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) C.A.P. \_\_\_\_\_

indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

di essere domiciliato in \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) C.A.P. \_\_\_\_\_

indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Stato Civile: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

P.E.C.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

- di essere in possesso del DIPLOMA DI LAUREA IN \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_  
con voto pari a \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ e  
di essere in possesso del DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE in \_\_\_\_\_  
conseguito in data \_\_\_\_\_ voto: \_\_\_\_\_ ai sensi del D.Lgs. n. \_\_\_\_\_ della durata legale di anni \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_

- ALTRI TITOLI DI STUDIO (da indicarsi in modo corretto, preciso ed esaustivo rispetto a tutti gli elementi che si intende autocertificare e che verrebbero indicati nel caso in cui il documento fosse rilasciato dall'ente competente):

TITOLO: \_\_\_\_\_

conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_

TITOLO: \_\_\_\_\_

conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_

ulteriori informazioni: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ESPERIENZA LAVORATIVA:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze lavorative riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (indicare gg/mm/aa)

presso \_\_\_\_\_ (esatta denominazione dell'ente)

con sede in \_\_\_\_\_

con la seguente natura giuridica (barrare la voce di interesse):

Pubblica Amministrazione o equiparata (es. I.R.C.C.S.)

Struttura Privata Convenzionata/Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale

Struttura Privata

con contratto di tipo:

dipendente;

in regime convenzionale (fornire dati identificativi): \_\_\_\_\_

contratto di lavoro autonomo di tipo: \_\_\_\_\_

in qualità di DIRIGENTE DI \_\_\_\_\_

a tempo determinato con rapporto di lavoro  tempo pieno  impegno ridotto ( nr. ore sett. \_\_\_\_\_ )

a tempo indeterminato con rapporto di lavoro  tempo pieno  impegno ridotto (nr. ore sett. \_\_\_\_\_ )

con incarico dirigenziale \_\_\_\_\_

(indicare l'esatta denominazione e la tipologia dell'incarico)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ .

Motivo dell'eventuale cessazione: \_\_\_\_\_ .

**Eventuali interruzioni o sospensioni (comprese quelle di natura disciplinare):** NO  SI

per i seguenti motivi \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ .

Dichiaro che: o non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20.12.1979 n. 761, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto.

o ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20.12.1979 n. 761, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto.

La misura della riduzione del punteggio è \_\_\_\_\_

**Il candidato dovrà produrre:**

- Attestato della tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso le quali ha svolto la sua attività e alla tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime;
- tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato; che devono essere certificate dal direttore sanitario sulla base delle attestazioni del dirigente ex Il livello responsabile dell'Unità Operativa;

**PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI:**

**(Utilizzare il presente schema per elencare le pubblicazioni allegate al curriculum riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita. Si ricorda che le pubblicazioni vengono considerate ai fini della valorizzazione dei titoli solo se prodotte in forma integrale, in originale o copia conforme)**

**TITOLO:** \_\_\_\_\_

**AUTORI:** \_\_\_\_\_

**DATA DI PUBBLICAZIONE** \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)

**TIPO DI PUBBLICAZIONE** (es.: monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.): \_\_\_\_\_

**ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE** (riportando Nome/Titolo – anno - Vol. – pagg. etc.): \_\_\_\_\_

**RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO:** \_\_\_\_\_

**PUBBLICAZIONE ON LINE:** \_\_\_\_\_

ATTI CONGRESSUALI: \_\_\_\_\_

**TITOLO:** \_\_\_\_\_

AUTORI: \_\_\_\_\_

DATA DI PUBBLICAZIONE \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)

TIPO DI PUBBLICAZIONE (es.: monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.): \_\_\_\_\_

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo – anno - Vol. – pagg. etc.): \_\_\_\_\_

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: \_\_\_\_\_

PUBBLICAZIONE ON LINE: \_\_\_\_\_

ATTI CONGRESSUALI: \_\_\_\_\_

**TITOLO:** \_\_\_\_\_

AUTORI: \_\_\_\_\_

DATA DI PUBBLICAZIONE \_\_\_\_\_ (gg/mm/aa)

TIPO DI PUBBLICAZIONE (es.: monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.): \_\_\_\_\_

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo – anno - Vol. – pagg. etc.): \_\_\_\_\_

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: \_\_\_\_\_

PUBBLICAZIONE ON LINE: \_\_\_\_\_

ATTI CONGRESSUALI: \_\_\_\_\_

**PRESENZE A CORSI:**

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a corsi/congressi/eventi/ecc. riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

**TITOLO DEL CORSO:** \_\_\_\_\_

ENTE ORGANIZZATORE: \_\_\_\_\_

LUOGO DI SVOLGIMENTO: \_\_\_\_\_

PRESENIATO COME:  UDITORE  SEGRETERIA SCIENTIFICA  
 RELATORE  CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ (indicando gg/mm/aa)  
Per giorni totali di presenza \_\_\_\_\_ pari a ore totali \_\_\_\_\_ conseguendo nr. \_\_\_\_\_ ecm  
 con superamento esame finale;  non previsto esame finale

**TITOLO DEL CORSO:** \_\_\_\_\_

ENTE ORGANIZZATORE: \_\_\_\_\_

LUOGO DI SVOLGIMENTO: \_\_\_\_\_

PRESENIATO COME:  UDITORE  SEGRETERIA SCIENTIFICA  
 RELATORE  CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ (indicando gg/mm/aa)



Per giorni totali di presenza \_\_\_\_\_ pari a ore totali \_\_\_\_\_ conseguendo nr. \_\_\_\_\_ ecm

con superamento esame finale;       non previsto esame finale

**TITOLO DEL CORSO:** \_\_\_\_\_

ENTE ORGANIZZATORE: \_\_\_\_\_

LUOGO DI SVOLGIMENTO: \_\_\_\_\_

PRESEZIATO COME:                       UDITORE     SEGRETERIA SCIENTIFICA  
 RELATORE     CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO:      NEI GIORNI DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza \_\_\_\_\_ pari a ore totali \_\_\_\_\_ conseguendo nr. \_\_\_\_\_ ecm

con superamento esame finale;       non previsto esame finale

**SOGGIORNI DI STUDIO:**

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a soggiorni di studio riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quante necessarie)

**TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITA' SVOLTA:** \_\_\_\_\_

ENTE OSPITANTE: \_\_\_\_\_

ENTE ORGANIZZATORE: \_\_\_\_\_

LUOGO DI SVOLGIMENTO: \_\_\_\_\_

PERIODO DI SVOLGIMENTO:      DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA): \_\_\_\_\_

**TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITA' SVOLTA:** \_\_\_\_\_

ENTE OSPITANTE: \_\_\_\_\_

ENTE ORGANIZZATORE: \_\_\_\_\_

LUOGO DI SVOLGIMENTO: \_\_\_\_\_

PERIODO DI SVOLGIMENTO:      DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA): \_\_\_\_\_

**TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITA' SVOLTA:** \_\_\_\_\_

ENTE OSPITANTE: \_\_\_\_\_

ENTE ORGANIZZATORE: \_\_\_\_\_

LUOGO DI SVOLGIMENTO: \_\_\_\_\_

PERIODO DI SVOLGIMENTO:      DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA): \_\_\_\_\_

**TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITA' SVOLTA:** \_\_\_\_\_

ENTE OSPITANTE: \_\_\_\_\_

ENTE ORGANIZZATORE: \_\_\_\_\_

LUOGO DI SVOLGIMENTO: \_\_\_\_\_

PERIODO DI SVOLGIMENTO: DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA): \_\_\_\_\_

**ATTIVITA' DIDATTICA:**

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di docenza riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quante necessarie)

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (indicare gg/mm/aa)

presso \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_

natura giuridica dell'Istituto: \_\_\_\_\_

corso di studio: \_\_\_\_\_

materia di insegnamento: \_\_\_\_\_

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): \_\_\_\_\_

tipologia contrattuale: \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (indicare gg/mm/aa)

presso \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_

natura giuridica dell'Istituto: \_\_\_\_\_

corso di studio: \_\_\_\_\_

materia di insegnamento: \_\_\_\_\_

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): \_\_\_\_\_

tipologia contrattuale: \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (indicare gg/mm/aa)

presso \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_

natura giuridica dell'Istituto: \_\_\_\_\_

corso di studio: \_\_\_\_\_

materia di insegnamento: \_\_\_\_\_

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): \_\_\_\_\_

tipologia contrattuale: \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (indicare gg/mm/aa)

presso \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_

natura giuridica dell'Istituto: \_\_\_\_\_

corso di studio: \_\_\_\_\_

materia di insegnamento: \_\_\_\_\_

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): \_\_\_\_\_

tipologia contrattuale: \_\_\_\_\_



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**ALTERNATIVA ALL'AUTENTICAZIONE DI COPIE**

**Da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione o ai gestori di pubblici servizi**  
(ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000 come modificato dall'art. 15 della Legge 12/11/2011 n. 183)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
(comune di nascita, se nato all'estero, specificare lo stato)

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(comune di residenza) (prov.)

in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dal D.P.R. 445 del 28/12/2000, e della decadenza dai benefici conseguiti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera ai sensi dello stesso D.P.R.

**DICHIARO**

che le copie allegate alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA DELLA UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - CTO sono conformi all'originale.

Di seguito si elencano le copie dei documenti che vengono prodotte:

---

---

---

Dichiaro inoltre di autorizzare l'Azienda al trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 per le parti ancora valide, in quanto non in contrasto con il Reg. UE 2016/679 (Regolamento europeo per la protezione dei dati personali) e successive modificazioni ed integrazioni.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma del dichiarante \*)