

Spett.le
UOC Gestione Risorse Umane
Fondazione IRCCS Cà Granda
"Ospedale Maggiore Policlinico"
Via Francesco Sforza, 28
20122 MILANO

Il/la sottoscritto/a
Telefono.....e-mail personale.....

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all' **AVVISO PUBBLICO PER SOLI TITOLI PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROFESSIONALI IN REGIME DI PARTITA IVA/INCARICHI DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA PER MEDICI DA DESTINARE ALL'ATTIVITA' DI VACCINAZIONE PER IL CENTRO VACCINALE DELLA FONDAZIONE – PALAZZO SCINTILLE**

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445

1. di essere nato a.....il.....
2. di essere residente a.....CAP.....in
via.....n°.....

Compilare se domicilio diverso dalla residenza

3. di essere domiciliato a.....CAP.....in
via.....n.....tel.....;

4. che il proprio codice fiscale è il seguente:.....

5. **di essere in possesso della PARTITA IVA** n°..... e si dichiara disponibile ad accettare contratto di incarico professionale in regime di P.IVA;
 di non essere in possesso della PARTITA IVA e si dichiara disponibile ad accettare contratto di collaborazione coordinata e continuativa;

di non avere cause di incompatibilità relativamente al presente rapporto di lavoro con la Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico di Milano;

6. di non avere condanne penali o procedimenti penali in corso e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
 di aver riportato condanne penali e/o di avere procedimenti disciplinari in corso (specificare gli articoli violati).....;

7. di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i di studio:

- Laurea triennale in.....conseguita in data
.....presso.....
 Laurea magistrale in.....conseguita in data
.....presso.....

- di essere in possesso della Specializzazione in, conseguita in datapresso
 - di essere iscritto all'ultimo o al penultimo anno di corso della scuola di specializzazione in.....presso.....
 - di essere regolarmente iscritto all'Albo/Ordine Professionale di.....in via.....con numero di iscrizione.....dalla data.....;
 - di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione;
8. di non ricoprire lo stato di Medico in formazione Specialistica;
- di ricoprire lo stato di Medico in formazione Specialistica;
9. di essere in possesso della carta SISS
- di non essere in possesso della carta SISS

Milano, li

FIRMA

.....

Si allega alla presente documento di identità in corso di validità.