**FAC – SIMILE DI DOMANDA** (da redigere in carta semplice)

Al Direttore Generale

dell’A.T.S. Città Metropolitana Milano

C.so Italia, 19 – 20122 MILANO

Il/La sottoscritto/a …………………………………..chiede di essere ammesso/a a partecipare al concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di n. 1 posto di Dirigente delle Professioni Sanitarie, per la funzione di Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione dell’ATS Città Metropolitana di Milano”.

A tal fine, ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del citato D.PR. N.445/00 nell’ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, dichiara:

* di essere nato/a a ……………………………….………..……..il ………….………………
* di essere residente a ……………..…CAP……….. in Via ……………….tel.……………
* di avere il seguente codice fiscale…………………………………………………………
* di avere i seguenti indirizzi mail………………………indirizzo PEC…………….…………
* di essere cittadino/a italiano;
* di essere cittadino di uno dei Paesi dell’Unione Europea ed in specie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di godere dei diritti civili e politici anche nello stato di appartenenza o di provenienza; di essere in possesso, fatta eccezione della titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini della Repubblica;

di avere ottenuto il riconoscimento da parte del Ministero della Salute dei titoli di studio e

di abilitazione previsti per partecipare alla procedura concorsuale conseguiti all’estero.

 di essere cittadino straniero che si trova in una delle condizioni di cui all’art.38 D.lgs. 165/01 (allegare documentazione in copia conforme all’originale )

 familiare di cittadino membro della UE, non avente la cittadinanza di uno Stato membro che sia titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;

 cittadino di Paese terzo che sia titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;

 titolare dello status di rifugiato;

 titolare dello status di protezione sussidiaria;

**I candidati dovranno docu­mentare il possesso del requisito;**

* di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di ………………………………………...

(in caso di mancata iscrizione o di cancellazione indicarne i motivi)

* di non avere riportato condanne penali, (le eventuali condanne penali devono essere indicate anche qualora sia intervenuta l’estinzione della pena o sia stato concesso il perdono giudiziale, la sospensione condizionale della pena, o sia stato accordato il beneficio della non menzione della condanna nel certificato generale del Casellario Giudiziale);
* di non avere procedimenti penali pendenti in corso e di non essere a conoscenza di eventuali procedimenti penali pendenti (in caso contrario il candidato deve indicare gli eventuali procedimenti penali pendenti di cui è a conoscenza);
* di trovarsi rispetto agli obblighi sul reclutamento militare nella seguente posizione (barrare la casella che interessa)

 esonerato;

 obbligo assolto;

* di essere fisicamente idoneo all’impiego;
* di non essere stato destituito/a o dispensato/a o licenziato/a da un pubblico impiego (in caso contrario il candidato deve indicarne i motivi);
* di essere in possesso della Laurea in:
* …………………………………………………………………………. (specificare ai sensi di quale ordinamento ministeriale)

conseguita presso l’Università degli Studi di ………………………………………… in data………………………………

* di essere abilitato all’esercizio della professione di………………………………………..
* di essere iscritto all’albo di …………………………………provincia ………………………n……..
* di essere in possesso del seguente requisito previsto dall’art. 32 del D. Lgs. 81/2008 per l’esercizio della funzione di Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione;
* di aver svolto per almeno un biennio la funzione di RSPP presso:
* datore di lavoro: …………………………………………………….. dal………….. al…….
* datore di lavoro: …………………………………………………….. dal………….. al…….
* di non aver mai prestato servizio presso pubbliche amministrazioni ;
* ovvero di avere prestato servizio (indicando i motivi della risoluzione) ovvero di prestare servizio presso P.A., come sotto riportato:

Nome dell’Ente ……………………..con sede in …………………………… dal…………… al …………….… (indicare giorno, mese, anno);

in qualità di ………………………con contratto (subordinato, libero professionale, COCOCO ect) ………………………a tempo (indicare se a tempo determinato o indeterminato) ………………………per numero ore settimanali ………………………. **;**

indicare se ricorrono/non ricorrono le condizioni di cui all’art. 46 del D.P.R. 761/79 ………………………; indicare tutto ciò che è necessario per una corretta valutazione del servizio (ad esempio periodi di sospensione o di interruzione dal servizio) ………………………;

* di non avere ovvero di avere diritto a preferenza alla nomina (in tal caso specificare la legge e la categoria)……………………………….
* Ai sensi dell’art. 20 della Legge 104/92, di avere la necessità di:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare ausilioe/o di tempi aggiuntivi per lo svolgimento delle prove);

* di accordare il consenso, ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, in ordine al trattamento dei dati dei personali precisando che i medesimi verranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse al procedimento concorsuale.
* di indicare come segue il domicilio presso il quale deve essere fatta ad ogni effetto ogni comunicazione relativa al concorso:

Sig……………………………….

Via………………….Città…………………Cap……………Tel….……………………..….

email………………………………………P.e.c.…………

Data…………… Firma

**N.B.** Alla domanda il candidato dovrà allegare:

* curriculum formativo e professionale redatto, ai sensi del DPR n. 445/2000 (autocertificazioni), **utilizzando esclusivamente** il fac-simile allegato al presente avviso, datato e firmato;
* elenco in carta semplice, dei documenti e dei titoli presentati (anche esso datato e firmato);
* elenco in carta semplice, numerato delle proprie pubblicazioni edite a stampa e fotocopia delle stesse (anche esso datato e firmato);
* originale o scansione di quietanza comprovante l’avvenuto versamento della tassa di ammissione al concorso **non rimborsabile** di Euro 10,33=;
* copia documento di identità.

**ALLEGATO ALLA DOMANDA DI CONCORSO DI** **DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE PER LA FUNZIONE DI RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE DELL’ATS CITTA’ METROPOLITANA DI MILANO.**

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presenta, per la valutazione delle proprie attività, il seguente curriculum formativo e professionale quale allegato alla domanda di partecipazione al concorso.

**A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità**:

* di essere consapevole delle sanzioni penali in cui s’incorre in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto **dall'art. 76 del D.P.R. n. 445\2000** e accertati in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera;
* di essere a conoscenza **dell’art. 75 del DPR 445/2000**, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l’ATS Città Metropolitana Milano, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.
* di essere in possesso dei seguenti titoli:

**TITOLI DI STUDIO**

**(laurea/specializzazione/master universitari (I e II livello) / dottorato di ricerca)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| titolo di studio | Data conseguimento e  durata | *Conseguito presso* |
|  | /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/  Durata\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/  Durata\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/  Durata\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/  Durata\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

**PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI**

Numerare progressivamente ed elencare i singoli titoli degli articoli o pubblicazioni e gli estremi della rivista, allegandone copia, in carta semplice, Nelle copie delle pubblicazioni allegate dovrà essere riportata la stessa numerazione indicata al momento della compilazione della seguente dichiarazione avendo, inoltre, cura di evidenziare il proprio

nominativo.

Di essere autore o coautore delle seguenti pubblicazioni allegate, in copia semplice, alla

presente dichiarazione:

|  |  |
| --- | --- |
| N. | DESCRIZIONE |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |
| 9 |  |
| 10 |  |
| 11 |  |
| 12 |  |
| 13 |  |
| 14 |  |

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

**Servizi prestati con rapporto di DIPENDENZA** (tempo indeterminato o determinato)

presso **STRUTTURE PUBBLICHE**

l’omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo Autocertificato

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *ENTE*  *Denominazione sede* | DAL  (gg/mm/aa) | AL  (gg/mm/aa) | *Esatta Qualifica/Disciplina di*  *inquadramento* | *Impegno*  *orario*  *settimanale* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Interruzione dal servizio: dal/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Interruzione dal servizio: dal/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

**Servizi prestati con rapporto di DIPENDENZA** (tempo indeterminato o determinato)

presso **STRUTTURE PRIVATE**

l’omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *DATORE DI LAVORO PRIVATO*  *Denominazione*  *Sede* | DAL  (gg/mm/aa) | AL  (gg/mm/aa) | *Esatta Qualifica/Disciplina di*  *inquadramento* | *Impegno*  *orario*  *settimanale* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Interruzione dal servizio: dal/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Interruzione dal servizio: dal/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

**Servizi prestati con INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI / CO.CO.CO / CONSULENZA**

**/ COLLABORAZIONE OCCASIONALE**

presso **STRUTTURE PUBBLICHE**

l’omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *ENTE*  *Denominazione e sede* | *DAL*  (gg/mm/aa) | *AL*  (gg/mm/aa) | *Esatta Qualifica/Disciplina*  *di inquadramento* | *IMPEGNO ORARIO SETT.* |
| ***Tipologia contratto****:*   *Libero Professionale* *.Co.Co.co*  *Consulenza/ Collaborazione Occasionale* | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *ENTE*  *Denominazione*  *sede* | *DAL*  (gg/mm/aa) | *AL*  (gg/mm/aa) | *Esatta Qualifica/Disciplina*  *di inquadramento* | *IMPEGNO ORARIO SETT.* |
| ***Tipologia contratto****:*   *Libero Professionale* *.Co.Co.co*  *Consulenza/ Collaborazione Occasionale* | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *ENTE*  *Denominazione e sede* | *DAL*  (gg/mm/aa) | *AL*  (gg/mm/aa) | *Esatta Qualifica/Disciplina di inquadramento* | *MPEGNO ORARIO SETT.* |
| ***Tipologia contratto****:*   *Libero Professionale* *.Co.Co.co*  *Consulenza/ Collaborazione Occasionale* | | | |  |

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

**Servizi prestati con INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI / CO.CO.CO / CONSULENZA**

**COLLABORAZIONE OCCASIONALE**

presso **STRUTTURE PRIVATE**

l’omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *ENTE*  *Denominazione e sede* | *DAL*  (gg/mm/aa) | *AL*  (gg/mm/aa) | *Esatta Qualifica/Disciplina*  *di inquadramento* | *IMPEGNO ORARIO SETT.* |
| ***Tipologia contratto****:*   *Libero Professionale* *.Co.Co.co*  *Consulenza/ Collaborazione Occasionale* | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *ENTE*  *Denominazione e sede* | *DAL* | *AL* | *Esatta Qualifica/Disciplina*  *di inquadramento* | *IMPEGNO ORARIO SETT.* |
| ***Tipologia contratto****:*   *Libero Professionale* *.Co.Co.co*  *Consulenza/ Collaborazione Occasionale* | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *ENTE*  *Denominazione e sede* | *DAL* | *AL* | *Esatta Qualifica/Disciplina*  *di inquadramento* | *IMPEGNO ORARIO SETT.* |
| ***Tipologia contratto****:*   *Libero Professionale* *.Co.Co.co*  *Consulenza/ Collaborazione Occasionale* | | | |  |

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

**BORSA DI STUDIO**

**CONTRATTI DI RICERCA, DOTTORATO DI RICERCA**

l’omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tipologia | Ente erogatore | Materia/disciplina | Data esatta gg/mm/aa |
|  |  |  | DA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | DA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | DA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | DA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | DA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Attività in qualità di volontario presso STRUTTURE PUBBLICHE**

l’omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tipologia | Ente erogatore | Materia/disciplina | Data esatta gg/mm/aa |
|  |  |  | DA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | DA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | DA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

**ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE**

l’omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

**Dichiaro di aver partecipato alla seguente attività di aggiornamento e formazione:**

|  |  |
| --- | --- |
| Tipologia evento (specificare e barrare  casella interessata) | □ CORSO □ CONGRESSO □ CONVEGNO  □ EVENTO FORMATIVO □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Titolo dell’evento |  |
| In qualità di | □ RELATORE □ PARTECIPANTE |
| Ente organizzatore |  |
| Data |  |
| Durata | Giorni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Specificare se l’attività formativa è  **ECM** | si □ - no □ |
| Specificare se con test o esame finale | si □ - no □ |

|  |  |
| --- | --- |
| Tipologia evento (specificare e barrare  casella interessata) | □ CORSO □ CONGRESSO □ CONVEGNO  □ EVENTO FORMATIVO □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Titolo dell’evento |  |
| In qualità di | □ RELATORE □ PARTECIPANTE |
| Ente organizzatore |  |
| Data |  |
| Durata | Giorni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Specificare se l’attività formativa è  **ECM** | si □ - no □ |
| Specificare se con test o esame finale | si □ - no □ |

|  |  |
| --- | --- |
| Tipologia evento (specificare e barrare  casella interessata) | □ CORSO □ CONGRESSO □ CONVEGNO  □ EVENTO FORMATIVO □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Titolo dell’evento |  |
| In qualità di | □ RELATORE □ PARTECIPANTE |
| Ente organizzatore |  |
| Data |  |
| Durata | Giorni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Specificare se l’attività formativa è  **ECM** | si □ - no □ |
| Specificare se con test o esame finale | si □ - no □ |

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

**ATTIVITÀ DIDATTICA (materie attinenti la posizione da conferire)**

l’omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

Di avere svolto le sottoelencate attività didattiche, in qualità di docente o di tutor:

1) Scuole universitarie o istituti scientifici:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| A.A.  *ovvero* ore  insegnamento | Ente / Istituto | Materia | In qualità di  Docente  o Tutor |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

2) Istituti pubblici e/o scuole professionali del SSN:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| A.A.  *ovvero* ore  insegnamento | Ente / Istituto | Materia | In qualità di  Docente  o Tutor |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

3) Corsi di formazione privati:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ente / Istituto | Corso di Studi | Materia | n. ore insegnamento |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Ulteriori attività**

|  |
| --- |
| **DESCRIZIONE** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Ulteriori dichiarazioni**

|  |
| --- |
| **DESCRIZIONE** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Si allega fotocopia di valido documento di identità.**

Ai sensi del D.Lgs 196/03, di accordare il consenso affinchè i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.