**FAC-SIMILE DI DOMANDA DA TRASCRIVERE IN CARTA SEMPLICE**

**SI RACCOMANDA LA PUNTUALE COMPILAZIONE DI OGNI PUNTO SOTTO RIPORTATO. EVENTUALI OMISSIONI O PARZIALI COMPILAZIONI POTRANNO DETERMINARE L’ESCLUSIONE O L’AMMISSIONE CON RISERVA.**

Al Responsabile della S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie e Sociali della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

**Il sottoscritto:**

COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**chiede di essere ammesso**

**alla manifestazione di interessi per la formazione di un elenco di disponibilità di personale infermieristico e ostetrico di supporto indiretto all’attività libero professionale intramuraria di cui al decreto del Direttore Generale n. 44 del 18/01/2024**

con la seguente preferenza (*indicare 2 preferenze*):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ostetricia/Ginecologia

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Malattie Infettive/Ematologia

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Palazzina Ambulatori:

**A tal fine dichiara:**

* di essere un dipendente della Fondazione IRCCS San Gerardo di Monza (anche sotto forma di distacco da FMBBM) a tempo indeterminato:
  + ruolo di infermiere a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
  + ruolo ostetrico a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di svolgere attività lavorativa a tempo pieno;
* di non avere limitazioni rispetto all’attività in oggetto;
* di non usufruire della legge 104/1992 a titolo personale;
* di possedere anzianità di servizio presso la Fondazione IRCCS (anche sotto forma di distacco da FMBBM) superiore ad 1 anno;
* di non avere o aver avuto provvedimenti disciplinari a proprio carico nei 24 mesi antecedenti la data di pubblicazione dell’avviso;
* di non svolgere altra forma di attività libero professionale di supporto diretto;
* di aver preso visione dell’avviso per il reclutamento in oggetto e di accettarne i contenuti.

**Il sottoscritto prende altresì atto di quanto sotto riportato:**

**Obblighi del dipendente aderente:**

* il dipendente assume la responsabilità del proprio operato, della garanzia di piena efficienza ed efficacia dell’attività resa; si impegna ad evitare ogni situazione di conflitto di interesse con l’attività svolta presso la Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori;
* il dipendente si impegna ad osservare il Codice Etico e di Comportamento della Fondazione pubblicato sul sito web istituzionale [www.irccs-sangerardo.it](http://www.irccs-sangerardo.it);
* il dipendente osserva il Decreto Legislativo del 30/06/2003 n. 196 – Codice in materia di protezione dei dati personali e ss.mm.ii. nonché il Regolamento UE 2016/679;
* il dipendente si obbliga ad eseguire personalmente l’attività in oggetto, adempiendo correttamente le sue obbligazioni ed eseguendola in buona fede, con la diligenza richiesta dalla natura delle prestazioni effettuate.

=========

**Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000, attesta che le dichiarazioni di cui sopra si intendono rese ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 445/2000.**

**Il sottoscritto esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli definiti “sensibili”, in ordine alla comunicazione ed alla diffusione degli stessi, nell’ambito delle finalità di cui alla presente procedura, secondo quanto stabilito dal D. L.vo 30/06/2003, n. 196 e ss.mm.ii. e del Regolamento UE 2016/679.**

Il sottoscritto, ai fini dell’ammissione, allega la seguente documentazione:

* **breve curriculum professionale**

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nome cognome e firma)

Visto per presa visione

Il Coordinatore della S.C. di appartenenza

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(timbro e firma)

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**Di competenza della S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie e Sociali*:***

***Data di consegna domanda\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***