

**FONDI FUNZIONE U.O.N.P.I.A. TRIENNIO 2012 - 2014 – PRESA D'ATTO DEI RELATIVI PROGETTI ED INDIZIONE DI SELEZIONE PUBBLICA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PER PROFILI PROFESSIONALI DIVERSI DA DESTINARE ALLA U.O.N.P.I.A . DELLA FONDAZIONE.**

**Determinazione del Direttore Generale n. 2759 del 31 ottobre 2011**

**ART. 1 – AVVISO DI SELEZIONE**

Ai sensi dell'art. 4 del Regolamento approvato con Deliberazione n. 24 del 30.09.2008, la Fondazione intende attribuire incarichi per diversi profili professionali da destinare alla U.O.N.P.I.A. della Fondazione.

Tali collaborazioni sono previste con decorrenza dal 1 gennaio 2012 o dalla pubblicazione sul sito web della Fondazione e fino al 31.12.2014 (36 mesi) per lo svolgimento di attività inerenti ai progetti sotto riportati e indicati a lato di ciascuna figura professionale.

**ART. 2 – REQUISITI**

Per poter essere ammessi alla selezione per il conferimento degli incarichi di cui al presente bando è necessario essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

- pos. a)** n. 1 medico Neuropsichiatra Infantile per il **progetto adolescenti** – incarico libero professionale  
Requisiti: laurea in Medicina e Chirurgia – specializzazione in Neuropsichiatria Infantile – Titolo preferenziale: esperienza specifica nell'ambito del progetto;
- pos. b)** n. 1 medico Neuropsichiatra infantile **per il progetto adolescenti** – incarico libero professionale  
Requisiti: laurea in medicina e chirurgia, specializzazione in Neuropsichiatria Infantile – Titolo preferenziale: esperienza specifica nell'ambito del progetto;
- pos. c)** n. 1 medico Neuropsichiatra infantile per il **progetto adolescenti e per il progetto ADHD** - incarico libero professionale  
Requisiti: laurea in Medicina e Chirurgia – specializzazione in Neuropsichiatria Infantile – esperienza specifica negli ambiti dei progetti;
- pos. d)** n. 1 medico Neuropsichiatra Infantile per il **progetto diagnosi e terapia neuropsicologica** – incarico libero professionale  
Requisiti: laurea in Medicina e Chirurgia – specializzazione in Neuropsichiatria Infantile – esperienza specifica nell'ambito del progetto;
- pos. e)** n. 1 medico Neuropsichiatra infantile **per il Centro Diurno** di viale Ungheria – incarico libero professionale;  
Requisiti: laurea in Medicina e Chirurgia – specializzazione in Neuropsichiatria infantile. Titolo preferenziale esperienza specifica nell'ambito del progetto;

- pos. f)** n. 2 Psicologi per **progetto adolescenti** – incarico libero professionale  
requisiti: laurea in Psicologia – formazione ed esperienza specifica nell'ambito della psicopatologia dell'adolescente e nei servizi di NPIA;
- pos. g)** n. 2 Psicologi per **progetto adolescenti** – incarichi libero professionali  
requisiti: laurea in Psicologia, formazione ed esperienza specifica nell'ambito della psicopatologia dell'adolescente e nei servizi di NPIA;
- pos. h)** n. 2 Psicologi per il progetto **Disabilità Complessa e le Malattie Rare** – incarico libero professionale  
requisiti: laurea in Psicologia – formazione ed esperienza specifica nell'ambito della disabilità complessa e malattia rara in età infantile e nei servizi di NPIA;
- pos. i)** n. 1 Psicologo per il progetto **diagnosi e terapia neuropsicologica** per i disturbi di apprendimento – incarico professionale  
requisiti: laurea in Psicologia – formazione ed esperienza specifica nell'ambito dei disturbi dell'apprendimento e nei servizi di NPIA;
- pos. l)** n. 2 Psicologi per progetto **diagnosi e terapia neuropsicologica** per i disturbi di apprendimento – incarico libero professionale  
requisiti: laurea in Psicologia – formazione ed esperienza specifica nell'ambito dei disturbi di apprendimento e nei servizi di NPIA;
- pos. m)** n. 2 Psicologi per **progetto diagnosi e terapia neuropsicologica ed ADHD** – incarico libero professionale  
requisiti: laurea in Psicologia – formazione ed esperienza specifica nell'ambito neuropsicologico e dell'ADHD e nei servizi di NPIA,
- pos. n)** n. 1 Psicologo per **progetto adolescenti** area emergenza ed urgenza psichiatrica – incarico libero professionale  
requisiti: laurea in Psicologia – esperienza specifica nell'ambito dei servizi di NPIA – formazione ed esperienza specifica nell'ambito dell'emergenza – urgenza psichiatrica in adolescenza, in particolare ai modelli innovativi di intervento;
- pos. o)** n. 1 Psicologo per **progetto Centro Diurno** – incarico libero professionale  
requisiti: laurea in Psicologia, formazione ed esperienza specifica nell'ambito della psicopatologia dei primi anni di vita e nei servizi NPIA.

I requisiti prescritti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine utile per la presentazione della domanda di ammissione alla selezione.

L'esclusione dalla selezione per difetto dei requisiti necessari è disposta con motivato provvedimento e notificata all'interessato.

### ART. 3 – DOMANDE

I candidati in possesso dei requisiti sopra indicati possono presentare domanda indirizzata a:

- Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico  
Via Francesco Sforza, n. 28 - 20122 MILANO

La domanda dovrà essere redatta in carta semplice, utilizzando l'apposito modulo allegato al presente bando e in distribuzione presso la Direzione Amministrativa della Fondazione (Via Francesco Sforza, 28 – primo piano) – o disponibile sul sito: <http://www.policlinico.mi.it/> - e dovrà essere consegnata all'Ufficio Protocollo (Via Francesco Sforza, 28 – piano seminterrato) **entro e non oltre le ore 12.00 del 22 novembre 2011.**

Le domande, se recapitate a mezzo posta, dovranno pervenire inderogabilmente entro e non oltre il predetto termine. A tal fine farà fede il timbro dell'Ufficio Protocollo della Fondazione.

Alla domanda dovrà essere allegato un curriculum vitae datato e firmato e fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

#### ART. 4 – COMPENSI

Gli incarichi daranno diritto ad un compenso complessivo lordo annuo come segue:

- pos. a)** n. 1 medico Neuropsichiatra Infantile per il **progetto adolescenti** (compenso annuo lordo € 24.300,00 – 900 ore annue a 27 euro/ora) – incarico libero professionale
- pos. b)** n. 1 medico Neuropsichiatra infantile per il **progetto adolescenti** (compenso annuo lordo € 10.800 – 400 ore annue a 27 € /ora) – incarico libero professionale
- pos. c)** n. 1 medico Neuropsichiatra infantile per il **progetto adolescenti e per il progetto ADHD** (compenso annuo lordo € 46.170,00 – 1710 ore annue a 27 euro/ora) – incarico libero professionale
- pos. d)** n. 1 medico Neuropsichiatra Infantile per il **progetto diagnosi e terapia neuropsicologica** (compenso annuo lordo € 21.600 – 800 ore annue a 27 euro/ora – incarico libero professionale
- pos. e)** n. 1 medico Neuropsichiatra infantile per il **Centro Diurno** di viale Ungheria (compenso annuo lordo € 21.600 – 800 ore annue a 27 euro/ora) – incarico libero professionale;
- pos. f)** n. 2 **Psicologi** per **progetto adolescenti** (compenso annuo lordo € 27.000,00 ciascuno – 1000 ore annue a 27 euro/ora) – incarico libero professionale
- pos. g)** n. 2 **Psicologi** per **progetto adolescenti** (compenso annuo lordo € 21.600,00 ciascuno – 800 ore annue a 27 euro/ora) – incarichi libero professionale
- pos. h)** n. 2 **Psicologi** per il progetto **Disabilità Complessa e le Malattie Rare** (compenso annuo lordo per ciascuno 24.840,00 – 920 ore annue a 27 euro/ora) – incarico libero professionale
- pos. i)** n. 1 **Psicologo** per il progetto **diagnosi e terapia neuropsicologica** per i disturbi di apprendimento (compenso annuo lordo € 30.240,00 – 1120 ore annue a 27 euro/ora) – incarico libero professionale
- pos. l)** n. 2 **Psicologi** per progetto **diagnosi e terapia neuropsicologica** per i disturbi di apprendimento (compenso annuo lordo € 27.000,00 ciascuno – 1000 ore annue a 27 euro/ora) – incarico libero professionale

**pos. m) n. 2 Psicologi per progetto diagnosi e terapia neuropsicologica ed ADHD**  
(compenso annuo lordo € 32.400,00 ciascuno - 1200 ore annue a 27 euro/ora) –  
incarico libero professionale

**pos. n) n. 1 Psicologo per progetto adolescenti** area emergenza ed urgenza psichiatrica  
(compenso annuo lordo € 14.580,00 – 540 ore annue a 27 euro/ora) – incarico libero  
professionale

**pos.o) n. 1 Psicologo per progetto Centro Diurno** (compenso annuo lordo € 27.000,00)  
1000 ore annue a 27 euro/ora) – incarico libero professionale;

da pagarsi previa validazione del Responsabile dell'Unità Operativa.

#### **ART. 5 – MODALITA' DI SELEZIONE, COMMISSIONE GIUDICATRICE, NOMINA DEL VINCITORE E AFFIDAMENTO DEI COMPITI**

La selezione dei candidati avviene ad opera di apposita commissione giudicatrice.

La selezione sarà operata secondo il giudizio libero e insindacabile della commissione giudicatrice in base alla valutazione complessiva del curriculum vitae e di un colloquio, secondo i seguenti punteggi:

- Curriculum vitae: massimo punti 20;
- Colloquio: massimo punti 30.

**Il colloquio si terrà il giorno 01 Dicembre 2011 con inizio dalle ore 14.30 a seguire (come da scheda allegata in cui vengono specificati gli orari di presentazione per ciascuna posizione) presso il Palazzo Uffici della Fondazione - (in via Francesco Sforza n. 28 - primo piano – Ufficio affari generali, legale e delle assicurazioni).**

**Tale calendario si ritiene quale convocazione a tutti gli effetti, talché non sono previste ulteriori comunicazioni al riguardo, salvo in caso di modifiche della data, dell'orario o della sede del colloquio che saranno pubblicate presso l'Albo dell'Ente e comunicate via e-mail ai candidati che abbiano indicato il proprio indirizzo e-mail nella domanda di partecipazione.**

Il colloquio verterà sulla materia oggetto della collaborazione.

Al termine della selezione la Commissione redige una graduatoria che sarà approvata con apposito provvedimento del Direttore Generale ed affissa presso l'Albo dell'Ente.

Al candidato che risulterà vincitore verrà data comunicazione scritta con lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

Il vincitore dovrà presentarsi presso gli uffici della Direzione Amministrativa per l'accettazione o la rinuncia dell'incarico e la firma del contratto entro 7 giorni dal ricevimento della comunicazione. In caso di mancata presentazione entro il termine fissato l'incarico si intenderà rinunciato.

In caso di decadenza o rinuncia del vincitore o di interruzione dell'incarico, la Fondazione si riserva la facoltà di utilizzare la graduatoria. In quest'ultimo caso il compenso che sarà erogato al candidato successivamente chiamato, sarà commisurato al concreto periodo di prestazione effettuata per il quale verrà stipulato il contratto.

L'accettazione, la rinuncia, l'interruzione e le dichiarazioni di prestatore servizio di cui al presente bando devono essere comunicate tempestivamente alla Direzione Amministrativa della Fondazione.

#### **ART. 6 – COPERTURA ASSICURATIVA E PREVIDENZIALE**

La Fondazione provvede a curare il rispetto degli impegni legati alle coperture assicurative personali obbligatorie contro gli infortuni e per i rischi della responsabilità civile verso terzi.

Il professionista sarà dotato di un tesserino magnetico che dovrà utilizzare, all'inizio ed al termine della propria attività, ai timbratori ubicati al presidio presso il quale svolge il proprio incarico, al mero fine di rilevare la presenza fisica dello stesso presso le strutture dell'Azienda Ospedaliera, senza che ciò possa configurare sotto l'aspetto giuridico un rapporto di lavoro di natura subordinata; in alcun caso il professionista può essere giuridicamente vincolato ad un predeterminato orario di lavoro.

#### **ART. 7 – NATURA GIURIDICA DEL CONTRATTO**

L'incarico non costituisce rapporto di lavoro subordinato.

L'attività si configura quale incarico professionale ai sensi dell'art. 2222 ss del codice civile e, come tale, soggetta all'IRPEF con ritenuta d'acconto ai sensi dell'art. 25 del D.P.R. 600/73 e alle altre ritenute di legge.

Prima di iniziare l'attività prevista, il candidato risultato vincitore, dovrà sottoscrivere il contratto che disciplina il rapporto.

#### **ART. 8 – DIRITTI E DOVERI**

L'incarico non comporta l'onere dell'esclusività e, pertanto, il collaboratore potrà svolgere altre attività. Il collaboratore, nello svolgimento della propria attività, è tenuto ad uniformarsi alle norme di sicurezza in vigore nella struttura stessa.

Il collaboratore è, altresì, tenuto ad osservare le regole del segreto d'ufficio e a mantenere la massima riservatezza con riferimento a fatti, informazioni, notizie od altro di cui avrà comunicazione o prenderà conoscenza nello svolgimento dell'incarico. Tali informazioni non potranno in alcun modo essere cedute a terzi. Al collaboratore è fatto divieto di svolgere attività che creano danno all'immagine e pregiudizio all'Amministrazione.

In caso di inosservanza delle norme di cui al presente bando, il Direttore Generale disporrà l'immediata decadenza del collaboratore dall'attività e la conseguente perdita dei compensi per il periodo residuo.

#### **ART. 9 – NORMA FINALE**

Per tutto quanto non previsto dal presente bando si fa riferimento alla normativa vigente.

Milano,

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dott. Osvaldo Basilio

IL DIRETTORE GENERALE  
Dr. Luigi Macchi

## Allegato al bando di SELEZIONI PER VARI PROFILI - FONDI FUNZIONI U.O.N.P.I.A.

SCHEDA relativa agli orari in cui si dovranno presentare i candidati per ciascuna posizione.

**GIORNO: 01 Dicembre 2011 – con inizio dalle ore 14.30 a seguire**

| <b>POSIZIONE</b>   | <b>orario</b> |
|--|---------------|
| <b>pos. a)</b> n. 1 medico Neuropsichiatra Infantile per il <b>progetto adolescenti</b>                                  | <b>14.30</b>  |
| <b>pos. b)</b> n. 1 medico Neuropsichiatra infantile per il <b>progetto adolescenti</b>                                  | <b>14.30</b>  |
| <b>pos. c)</b> n. 1 medico Neuropsichiatra infantile per il <b>progetto adolescenti e per il progetto ADHD</b>           | <b>14.30</b>  |
| <b>pos.d)</b> n. 1 medico Neuropsichiatra Infantile per il <b>progetto diagnosi e terapia neuropsicologica</b>           | <b>14.30</b>  |
| <b>pos. e)</b> n. 1 medico Neuropsichiatra infantile per il <b>Centro Diurno</b> di viale Ungheria                       | <b>14.30</b>  |
| <b>pos. f)</b> n. 2 Psicologi per <b>progetto adolescenti</b>  | <b>15.00</b>  |
| <b>pos. g)</b> n. 2 Psicologi per <b>progetto adolescenti</b>  | <b>15.20</b>  |
| <b>pos. h)</b> n. 2 Psicologi per il progetto <b>Disabilità Complessa e le Malattie Rare</b>                             | <b>15.40</b>  |
| <b>pos. i)</b> n. 1 Psicologo per il progetto <b>diagnosi e terapia neuropsicologica</b> per i disturbi di apprendimento | <b>16.00</b>  |
| <b>pos. l)</b> n. 2 Psicologi per progetto <b>diagnosi e terapia neuropsicologica</b> per i disturbi di apprendimento    | <b>16.20</b>  |
| <b>pos. m)</b> n. 2 Psicologi per <b>progetto diagnosi e terapia neuropsicologica ed ADHD</b>                            | <b>16.40</b>  |
| <b>pos. n)</b> n. 1 Psicologo per <b>progetto adolescenti</b> area emergenza ed urgenza psichiatrica                     | <b>17.00</b>  |
| <b>pos. o)</b> n. 1 Psicologo per <b>progetto Centro Diurno</b>  | <b>17.20</b>  |

Prot. 1225/2011

Prot. 1225/2011 all. 10  
**Al Direttore Generale  
della Fondazione IRCCS Ca' Granda "Ospedale Maggiore Policlinico"  
Via Francesco Sforza, 28  
20122 MILANO**

**Fondi Funzione U.O.N.P.I.A**

Il/la sottoscritto/a ..... chiede di poter partecipare alla selezione per il conferimento di incarichi per vari profili professionali da destinarsi alla U.O.N.P.I.A. della Fondazione e, più precisamente, intende partecipare alla selezione per la seguente figura professionale:

**pos. a) n. 1 medico Neuropsichiatra Infantile per il progetto adolescenti**

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

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

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_ RESIDENZA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE/P.IVA \_\_\_\_\_

Domicilio eletto ai fini della selezione:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre di essere in possesso dei seguenti titoli:**

- Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il \_\_\_\_\_
- Diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_
- Formazione ed esperienze professionali maturate e richieste nel bando inerente al progetto:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda il proprio curriculum vitae datato e firmato.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso ed esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità, che tutto quanto sopra riportato corrisponde al vero. Il/la sottoscritto/a si impegna a notificare tempestivamente, mediante raccomandata con avviso di ricevimento, le eventuali variazioni del recapito per le comunicazioni relative all'avviso di selezione.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che la Fondazione non risponde per eventuali disguidi postali, né per la mancata comunicazione – da effettuare con le modalità previste nell'avviso di selezione – dell'eventuale cambio di residenza o del recapito delle comunicazioni indicate nella presente domanda. Il/la sottoscritto/la dichiara, infine, di aver preso visione dell'avviso di selezione e di sottostare a tutte le condizioni ivi stabilite.

Milano, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Prot. 1225/2011

**Al Direttore Generale  
della Fondazione IRCCS Ca' Granda "Ospedale Maggiore Policlinico"  
Via Francesco Sforza, 28  
20122 MILANO**

**Fondi Funzione U.O.N.P.I.A**

Il/la sottoscritto/a ..... chiede di poter partecipare alla selezione per il conferimento di incarichi per vari profili professionali da destinarsi alla U.O.N.P.I.A. della Fondazione e, più precisamente, intende partecipare alla selezione per la seguente figura professionale:

**pos. b) n. 1 medico Neuropsichiatra infantile per il progetto adolescenti**

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

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

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_ RESIDENZA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE/P.IVA \_\_\_\_\_

Domicilio eletto ai fini della selezione:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre di essere in possesso dei seguenti titoli:**

- Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il \_\_\_\_\_
- Diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_
- Formazione ed esperienze professionali maturate e richieste nel bando inerente al progetto:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda il proprio curriculum vitae datato e firmato.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso ed esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità, che tutto quanto sopra riportato corrisponde al vero. Il/la sottoscritto/a si impegna a notificare tempestivamente, mediante raccomandata con avviso di ricevimento, le eventuali variazioni del recapito per le comunicazioni relative all'avviso di selezione.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che la Fondazione non risponde per eventuali disguidi postali, né per la mancata comunicazione – da effettuare con le modalità previste nell'avviso di selezione – dell'eventuale cambio di residenza o del recapito delle comunicazioni indicate nella presente domanda. Il/la sottoscritto/a dichiara, infine, di aver preso visione dell'avviso di selezione e di sottostare a tutte le condizioni ivi stabilite.

Milano, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Prot. 1225/2011

**Al Direttore Generale  
della Fondazione IRCCS Ca' Granda "Ospedale Maggiore Policlinico"  
Via Francesco Sforza, 28  
20122 MILANO**

**Fondi Funzione U.O.N.P.I.A**

il/la sottoscritto/a ..... chiede di poter partecipare alla selezione per il conferimento di incarichi per vari profili professionali da destinarsi alla U.O.N.P.I.A. della Fondazione e, più precisamente, intende partecipare alla selezione per la seguente figura professionale:

**pos. c) n. 1 medico Neuropsichiatra infantile per il progetto adolescenti e per il progetto ADHD -**

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

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

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_ RESIDENZA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE/P.IVA \_\_\_\_\_

Domicilio eletto ai fini della selezione:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre di essere in possesso dei seguenti titoli:**

- Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il \_\_\_\_\_
- Diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_
- Formazione ed esperienze professionali maturate e richieste nel bando inerenti al progetto:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda il proprio curriculum vitae datato e firmato.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso ed esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità, che tutto quanto sopra riportato corrisponde al vero. Il/la sottoscritto/a si impegna a notificare tempestivamente, mediante raccomandata con avviso di ricevimento, le eventuali variazioni del recapito per le comunicazioni relative all'avviso di selezione.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che la Fondazione non risponde per eventuali disguidi postali, né per la mancata comunicazione – da effettuare con le modalità previste nell'avviso di selezione – dell'eventuale cambio di residenza o del recapito delle comunicazioni indicate nella presente domanda. Il/la sottoscritto/la dichiara, infine, di aver preso visione dell'avviso di selezione e di sottostare a tutte le condizioni ivi stabilite.

Milano, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Prot. 1225/2011

**Al Direttore Generale  
della Fondazione IRCCS Ca' Granda "Ospedale Maggiore Policlinico"  
Via Francesco Sforza, 28  
20122 MILANO**

**Fondi Funzione U.O.N.P.I.A**

Il/la sottoscritto/a ..... chiede di poter partecipare alla selezione per il conferimento di incarichi per vari profili professionali da destinarsi alla U.O.N.P.I.A. della Fondazione e, più precisamente, intende partecipare alla selezione per la seguente figura professionale:

**pos.d) n. 1 medico Neuropsichiatra Infantile per il progetto diagnosi e terapia neuropsicologica** –

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

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

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_ RESIDENZA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE/P.IVA \_\_\_\_\_

Domicilio eletto ai fini della selezione:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre di essere in possesso dei seguenti titoli:**

- Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il \_\_\_\_\_
- Diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_
- Formazione ed esperienze professionali maturate e richieste nel bando inerente al progetto:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda il proprio curriculum vitae datato e firmato.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso ed esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità, che tutto quanto sopra riportato corrisponde al vero. Il/la sottoscritto/a si impegna a notificare tempestivamente, mediante raccomandata con avviso di ricevimento, le eventuali variazioni del recapito per le comunicazioni relative all'avviso di selezione.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che la Fondazione non risponde per eventuali disguidi postali, né per la mancata comunicazione – da effettuare con le modalità previste nell'avviso di selezione – dell'eventuale cambio di residenza o del recapito delle comunicazioni indicate nella presente domanda. Il/la sottoscritto/a dichiara, infine, di aver preso visione dell'avviso di selezione e di sottostare a tutte le condizioni ivi stabilite.

Milano, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Fondi Funzione U.O.N.P.I.A**

il/la sottoscritto/a ..... chiede di poter partecipare alla selezione per il conferimento di incarichi per vari profili professionali da destinarsi alla U.O.N.P.I.A. della Fondazione e, più precisamente, intende partecipare alla selezione per la seguente figura professionale:

**pos.e) n. 1 medico Neuropsichiatra infantile per il Centro Diurno di viale Ungheria**

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

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

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_ RESIDENZA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE/P.IVA \_\_\_\_\_

Domicilio eletto ai fini della selezione:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre di essere in possesso dei seguenti titoli:**

- Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il \_\_\_\_\_
- Diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_
- Formazione ed esperienze professionali maturate e richieste nel bando inerente al progetto:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda il proprio curriculum vitae datato e firmato.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso ed esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità, che tutto quanto sopra riportato corrisponde al vero. Il/la sottoscritto/a si impegna a notificare tempestivamente, mediante raccomandata con avviso di ricevimento, le eventuali variazioni del recapito per le comunicazioni relative all'avviso di selezione.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che la Fondazione non risponde per eventuali disguidi postali, né per la mancata comunicazione – da effettuare con le modalità previste nell'avviso di selezione – dell'eventuale cambio di residenza o del recapito delle comunicazioni indicate nella presente domanda. Il/la sottoscritto/la dichiara, infine, di aver preso visione dell'avviso di selezione e di sottostare a tutte le condizioni ivi stabilite.

Milano, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Prot. 1225/2011

Prot. 1225/2011 all. 10  
**Al Direttore Generale  
della Fondazione IRCCS Ca' Granda "Ospedale Maggiore Policlinico"  
Via Francesco Sforza, 28  
20122 MILANO**

**Fondi Funzione U.O.N.P.I.A**

Il/la sottoscritto/a ..... chiede di poter partecipare alla selezione per il conferimento di incarichi per vari profili professionali da destinarsi alla U.O.N.P.I.A. della Fondazione e, più precisamente, intende partecipare alla selezione per la seguente figura professionale:

**pos.f) n. 2 Psicologi per progetto adolescenti**

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

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

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_ RESIDENZA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE/P.IVA \_\_\_\_\_

Domicilio eletto ai fini della selezione:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre di essere in possesso dei seguenti titoli:**

- Diploma di laurea in Psicologia conseguito il \_\_\_\_\_
- Formazione ed esperienze professionali specifiche maturate nell'ambito della psicopatologia dell'adolescente:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda il proprio curriculum vitae datato e firmato.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso ed esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità, che tutto quanto sopra riportato corrisponde al vero. Il/la sottoscritto/a si impegna a notificare tempestivamente, mediante raccomandata con avviso di ricevimento, le eventuali variazioni del recapito per le comunicazioni relative all'avviso di selezione.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che la Fondazione non risponde per eventuali disguidi postali, né per la mancata comunicazione – da effettuare con le modalità previste nell'avviso di selezione – dell'eventuale cambio di residenza o del recapito delle comunicazioni indicate nella presente domanda. Il/la sottoscritto/la dichiara, infine, di aver preso visione dell'avviso di selezione e di sottostare a tutte le condizioni ivi stabilite.

Milano, li \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma

Prot. 1225/2011

Prot. 1225/2011 all. 10  
**Al Direttore Generale  
della Fondazione IRCCS Ca' Granda "Ospedale Maggiore Policlinico"  
Via Francesco Sforza, 28  
20122 MILANO**

**Fondi Funzione U.O.N.P.I.A**

il/la sottoscritto/a ..... chiede di poter partecipare alla selezione per il conferimento di incarichi per vari profili professionali da destinarsi alla U.O.N.P.I.A. della Fondazione e, più precisamente, intende partecipare alla selezione per la seguente figura professionale:

**pos.g) n. 2 Psicologi per progetto adolescenti**

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

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

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_ RESIDENZA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE/P.IVA \_\_\_\_\_

Domicilio eletto ai fini della selezione:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre di essere in possesso dei seguenti titoli:**

- Diploma di laurea in Psicologia conseguito il \_\_\_\_\_
- Formazione ed esperienze professionali specifiche maturate nell'ambito della psicopatologia dell'adolescente e nei servizi NPJA

Allega alla presente domanda il proprio curriculum vitae datato e firmato.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso ed esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità, che tutto quanto sopra riportato corrisponde al vero. Il/la sottoscritto/a si impegna a notificare tempestivamente, mediante raccomandata con avviso di ricevimento, le eventuali variazioni del recapito per le comunicazioni relative all'avviso di selezione.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che la Fondazione non risponde per eventuali disguidi postali, né per la mancata comunicazione – da effettuare con le modalità previste nell'avviso di selezione – dell'eventuale cambio di residenza o del recapito delle comunicazioni indicate nella presente domanda. Il/la sottoscritto/la dichiara, infine, di aver preso visione dell'avviso di selezione e di sottostare a tutte le condizioni ivi stabilite.

Milano, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Prot. 1225/2011

Prot. 1225/2011 all. 10  
**Al Direttore Generale  
della Fondazione IRCCS Ca' Granda "Ospedale Maggiore Policlinico"  
Via Francesco Sforza, 28  
20122 MILANO**

**Fondi Funzione U.O.N.P.I.A**

Il/la sottoscritto/a ..... chiede di poter partecipare alla selezione per il conferimento di incarichi per vari profili professionali da destinarsi alla U.O.N.P.I.A. della Fondazione e, più precisamente, intende partecipare alla selezione per la seguente figura professionale:

**pos. h) n. 2 Psicologi per progetto disabilità complessa e malattie rare**

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

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

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_ RESIDENZA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE/P.IVA \_\_\_\_\_

Domicilio eletto ai fini della selezione:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre di essere in possesso dei seguenti titoli:**

- Diploma di laurea in Psicologia conseguito il \_\_\_\_\_
- Formazione ed esperienze professionali specifiche maturate nell'ambito della disabilità complessa e malattie rare in età infantile e nei servizi NPIA:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda il proprio curriculum vitae datato e firmato.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso ed esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità, che tutto quanto sopra riportato corrisponde al vero. Il/la sottoscritto/a si impegna a notificare tempestivamente, mediante raccomandata con avviso di ricevimento, le eventuali variazioni del recapito per le comunicazioni relative all'avviso di selezione.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che la Fondazione non risponde per eventuali disguidi postali, né per la mancata comunicazione – da effettuare con le modalità previste nell'avviso di selezione – dell'eventuale cambio di residenza o del recapito delle comunicazioni indicate nella presente domanda. Il/la sottoscritto/la dichiara, infine, di aver preso visione dell'avviso di selezione e di sottostare a tutte le condizioni ivi stabilite.

Milano, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Prot. 1225/2011

**Al Direttore Generale  
della Fondazione IRCCS Ca' Granda "Ospedale Maggiore Policlinico"  
Via Francesco Sforza, 28  
20122 MILANO**

**Fondi Funzione U.O.N.P.I.A**

Il/la sottoscritto/a ..... chiede di poter partecipare alla selezione per il conferimento di incarichi per vari profili professionali da destinarsi alla U.O.N.P.I.A. della Fondazione e, più precisamente, intende partecipare alla selezione per la seguente figura professionale:

**pos.i) n. 1 Psicologo per progetto diagnosi e terapia neuropsicologica per i disturbi di apprendimento**

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

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

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_ RESIDENZA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE/P.IVA \_\_\_\_\_

Domicilio eletto ai fini della selezione:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre di essere in possesso dei seguenti titoli:**

- Diploma di laurea in Psicologia conseguito il \_\_\_\_\_
- Formazione ed esperienze professionali specifiche maturate nell'ambito dei disturbi di apprendimento e nei servizi NPIA:  
\_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda il proprio curriculum vitae datato e firmato.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso ed esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità, che tutto quanto sopra riportato corrisponde al vero. Il/la sottoscritto/a si impegna a notificare tempestivamente, mediante raccomandata con avviso di ricevimento, le eventuali variazioni del recapito per le comunicazioni relative all'avviso di selezione.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che la Fondazione non risponde per eventuali disguidi postali, né per la mancata comunicazione – da effettuare con le modalità previste nell'avviso di selezione – dell'eventuale cambio di residenza o del recapito delle comunicazioni indicate nella presente domanda. Il/la sottoscritto/la dichiara, infine, di aver preso visione dell'avviso di selezione e di sottostare a tutte le condizioni ivi stabilite.

Milano, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Prot. 1225/2011

Prot. 1225/2011 all. 10  
**Al Direttore Generale  
della Fondazione IRCCS Ca' Granda "Ospedale Maggiore Policlinico"  
Via Francesco Sforza, 28  
20122 MILANO**

**Fondi Funzione U.O.N.P.I.A**

Il/la sottoscritto/a ..... chiede di poter partecipare alla selezione per il conferimento di incarichi per vari profili professionali da destinarsi alla U.O.N.P.I.A. della Fondazione e, più precisamente, intende partecipare alla selezione per la seguente figura professionale:

**pos. I) n. 2 Psicologi per progetto diagnosi e terapia neuropsicologica per i disturbi di apprendimento**

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

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

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_ RESIDENZA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE/P.IVA \_\_\_\_\_

Domicilio eletto ai fini della selezione:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre di essere in possesso dei seguenti titoli:**

- Diploma di laurea in Psicologia conseguito il \_\_\_\_\_
- Formazione ed esperienze professionali specifiche maturate nell'ambito dei disturbi di apprendimento e nei servizi di NPIA:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda il proprio curriculum vitae datato e firmato.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso ed esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità, che tutto quanto sopra riportato corrisponde al vero. Il/la sottoscritto/a si impegna a notificare tempestivamente, mediante raccomandata con avviso di ricevimento, le eventuali variazioni del recapito per le comunicazioni relative all'avviso di selezione.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che la Fondazione non risponde per eventuali disguidi postali, né per la mancata comunicazione – da effettuare con le modalità previste nell'avviso di selezione – dell'eventuale cambio di residenza o del recapito delle comunicazioni indicate nella presente domanda. Il/la sottoscritto/a dichiara, infine, di aver preso visione dell'avviso di selezione e di sottostare a tutte le condizioni ivi stabilite.

Milano, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Prot. 1225/2011

**Al Direttore Generale  
della Fondazione IRCCS Ca' Granda "Ospedale Maggiore Policlinico"  
Via Francesco Sforza, 28  
20122 MILANO**

**Fondi Funzione U.O.N.P.I.A**

Il/la sottoscritto/a ..... chiede di poter partecipare alla selezione per il conferimento di incarichi per vari profili professionali da destinarsi alla U.O.N.P.I.A. della Fondazione e, più precisamente, intende partecipare alla selezione per la seguente figura professionale:

**pos. m) n. 2 Psicologi per progetto diagnosi e terapia neuropsicologica ed ADHD**

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

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

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_ RESIDENZA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE/P.IVA \_\_\_\_\_

Domicilio eletto ai fini della selezione:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre di essere in possesso dei seguenti titoli:**

- Diploma di laurea in Psicologia conseguito il \_\_\_\_\_
- Formazione ed esperienze professionali specifiche maturate nell'ambito neuropsicologico ed ADHD e nei servizi di NP/IA:  
\_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda il proprio curriculum vitae datato e firmato.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso ed esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità, che tutto quanto sopra riportato corrisponde al vero. Il/la sottoscritto/a si impegna a notificare tempestivamente, mediante raccomandata con avviso di ricevimento, le eventuali variazioni del recapito per le comunicazioni relative all'avviso di selezione.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che la Fondazione non risponde per eventuali disguidi postali, né per la mancata comunicazione – da effettuare con le modalità previste nell'avviso di selezione – dell'eventuale cambio di residenza o del recapito delle comunicazioni indicate nella presente domanda. Il/la sottoscritto/la dichiara, infine, di aver preso visione dell'avviso di selezione e di sottostare a tutte le condizioni ivi stabilite.

Milano, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Prot. 1225/2011

Prot. 1225/2011 all. 10  
**Al Direttore Generale  
della Fondazione IRCCS Ca' Granda "Ospedale Maggiore Policlinico"  
Via Francesco Sforza, 28  
20122 MILANO**

**Fondi Funzione U.O.N.P.I.A**

Il/la sottoscritto/a ..... chiede di poter partecipare alla selezione per il conferimento di incarichi per vari profili professionali da destinarsi alla U.O.N.P.I.A. della Fondazione e, più precisamente, intende partecipare alla selezione per la seguente figura professionale:

**pos.n) n. 1 Psicologo per progetto adolescenti (area urgenza ed emergenza psichiatrica)**

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

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

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_ RESIDENZA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE/P.IVA \_\_\_\_\_

Domicilio eletto ai fini della selezione:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre di essere in possesso dei seguenti titoli:**

- Diploma di laurea in Psicologia conseguito il \_\_\_\_\_
- Formazione ed esperienze professionali specifiche maturate nell'ambito della neuropsichiatria infantile e specifica nell'ambito dell'emergenza-urgenza psichiatrica in adolescenza in particolare relativamente a modelli innovativi di intervento: \_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda il proprio curriculum vitae datato e firmato.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso ed esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità, che tutto quanto sopra riportato corrisponde al vero. Il/la sottoscritto/a si impegna a notificare tempestivamente, mediante raccomandata con avviso di ricevimento, le eventuali variazioni del recapito per le comunicazioni relative all'avviso di selezione.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che la Fondazione non risponde per eventuali disguidi postali, né per la mancata comunicazione – da effettuare con le modalità previste nell'avviso di selezione – dell'eventuale cambio di residenza o del recapito delle comunicazioni indicate nella presente domanda.

Il/la sottoscritto/la dichiara, infine, di aver preso visione dell'avviso di selezione e di sottostare a tutte le condizioni ivi stabilite.

Milano, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Prot. 1225/2011

Prot. 1225/2011 all. 10  
**Al Direttore Generale  
della Fondazione IRCCS Ca' Granda "Ospedale Maggiore Policlinico"  
Via Francesco Sforza, 28  
20122 MILANO**

**Fondi Funzione U.O.N.P.I.A**

Il/la sottoscritto/a ..... chiede di poter partecipare alla selezione per il conferimento di incarichi per vari profili professionali da destinarsi alla U.O.N.P.I.A. della Fondazione e, più precisamente, intende partecipare alla selezione per la seguente figura professionale:

**pos.o) n. 1 Psicologo per progetto centro diurno**

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

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

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_ RESIDENZA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE/P.IVA \_\_\_\_\_

Domicilio eletto ai fini della selezione:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre di essere in possesso dei seguenti titoli:**

- Diploma di laurea in Psicologia conseguito il \_\_\_\_\_
- Formazione ed esperienze professionali specifiche maturate nell'ambito della psicopatologia nei primi anni di vita e nei servizi di NPIA: \_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda il proprio curriculum vitae datato e firmato.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso ed esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità, che tutto quanto sopra riportato corrisponde al vero. Il/la sottoscritto/a si impegna a notificare tempestivamente, mediante raccomandata con avviso di ricevimento, le eventuali variazioni del recapito per le comunicazioni relative all'avviso di selezione.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che la Fondazione non risponde per eventuali disguidi postali, né per la mancata comunicazione – da effettuare con le modalità previste nell'avviso di selezione – dell'eventuale cambio di residenza o del recapito delle comunicazioni indicate nella presente domanda. Il/la sottoscritto/a dichiara, infine, di aver preso visione dell'avviso di selezione e di sottostare a tutte le condizioni ivi stabilite.

Milano, li

Firma

[www.AlboPretorionline.it](http://www.AlboPretorionline.it) 7777777