

AL DIRETTORE DEL SERVIZIO UNICO METROPOLITANO  
AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE  
Via Gramsci n. 12  
40121 Bologna

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ chiede di essere ammesso al PUBBLICO AVVISO, per titoli e colloquio, per l'eventuale costituzione di rapporti di lavoro a tempo determinato presso l'Azienda U.S.L. di Bologna, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi e l'Istituto Ortopedico Rizzoli nel profilo professionale di:

**DIRIGENTE MEDICO disciplina: ANESTESIA E RIANIMAZIONE**

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1. di essere in possesso della cittadinanza italiana (ovvero di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana \_\_\_\_\_) - (cancellare l'espressione che non interessa);
2. di possedere un'età non superiore al limite massimo previsto dall'ordinamento vigente per il collocamento a riposo d'ufficio del personale laureato del ruolo sanitario;
3. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ (ovvero: di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo: \_\_\_\_\_) - (cancellare l'espressione che non interessa);
4. di non avere riportato condanne penali (ovvero: di avere riportato le seguenti condanne penali - da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale: \_\_\_\_\_) - (cancellare l'espressione che non interessa);
5. di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:
  - diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguita il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
  - diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ durata legale del corso anni \_\_\_\_\_
    - conseguita ai sensi del D.Lgs. 257/91;
    - conseguita ai sensi del D.Lgs. 368/99;
    - non conseguita ai sensi del D.Lgs. 257/91 o D.Lgs 368/99;
  - iscrizione all'albo dell'ordine dei medici - chirurghi della provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
6. di avere prestato servizio con rapporto d'impiego presso pubbliche amministrazioni, come risulta dalla certificazione allegata alla domanda (indicare le cause di risoluzione dei rapporti d'impiego), ovvero di non avere mai prestato servizio con rapporto d'impiego presso pubbliche amministrazioni - (cancellare l'espressione che non interessa);
7. di avere diritto alla precedenza o, a preferenza, in caso di parità di punteggio, per il seguente motivo \_\_\_\_\_ (allegare documentazione probatoria).

Il sottoscritto chiede di ricevere ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura con la seguente modalità (barrare una sola modalità)

- mediante posta elettronica certificata al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_;
- mediante raccomandata A/R al seguente indirizzo :  
Via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ provincia (\_\_\_\_\_)

Al fine della valutazione di merito, il sottoscritto presenta i documenti indicati nell'allegato elenco redatto in carta semplice ed un curriculum formativo e professionale datato e firmato.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_