

SEZIONE A.

ATTENZIONE: AI FINI DELLA VALUTAZIONE DEI TITOLI OLTRE ALLA COMPILAZIONE DELLA SOTTOELENcata DOMANDA E' OBBLIGATORIO COMPILARE LA SUCCESSIVA SCHEDA CURRICULUM ALLEGATA GIA' PREDISPOSTA IN AUTOCERTIFICAZIONE. NON OCCORRE ALLEGARE ULTERIORE DOCUMENTAZIONE AD ECCEZIONE DELLA COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO (OBBLIGATORIO) ED EVENTUALI PUBBLICAZIONI e DOCUMENTAZIONE PROBATORIA PER DIRITTO ALLA RISERVA DEI POSTI

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

AL DIRETTORE SUMAP
Via Gramsci, 12- STANZA 41
40121 BOLOGNA

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente a _____
CAP _____ via _____ cellulare _____
codice fiscale _____ e-mail _____ chiede
di essere ammesso al Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di
n. 3 posti nel profilo professionale di COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – TECNICO
DI NEUROFISIOPATOLOGIA CAT. D per le specifiche esigenze delle SALE OPERATORIE
dell'Istituto Ortopedico Rizzoli

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 _____);
- 1) 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;
- 2) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (ovvero: di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo: _____);
- 3) 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: _____);
- 5) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione (**barrare e compilare le caselle relative ai requisiti posseduti**):

Laurea in Tecniche di Neurofisiopatologia appartenente alla Classe L/SNT3 delle Lauree delle Professioni Sanitarie Tecniche conseguita il _____ presso _____;

ovvero

Diploma Universitario di Tecnico di Neurofisiopatologia (DM 183 del 15.3.1995) conseguito il _____ presso _____;

ovvero

il seguente diploma o attestato conseguito in base al precedente ordinamento, riconosciuto equipollente ai sensi del D.M. 27/7/2000 al Diploma Universitario ai fini dell'esercizio dell'attività professionale e dell'accesso ai pubblici concorsi _____ conseguito il _____ presso _____

di essere in possesso del requisito dell'iscrizione all'albo professionale dei tecnici di neurofisiopatologia della provincia di _____ dal _____ con matricola nr. _____

ovvero

di non essere ancora in possesso del requisito di iscrizione all'albo professionale dei tecnici di neurofisiopatologia al momento della presentazione della domanda e di impegnarmi a comunicare l'avvenuta iscrizione al momento dell'assunzione.

- 6) di essere, nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione: _____;
- 7) di non avere mai prestato servizio con rapporto d'impiego presso pubbliche amministrazioni (ovvero: di avere prestato servizio o di prestare servizio con rapporto d'impiego presso le seguenti pubbliche amministrazioni; indicare le cause di risoluzione dei rapporti d'impiego _____) - (cancellare l'espressione che non interessa);
- 8) di scegliere per l'accertamento della conoscenza della lingua straniera la seguente tra inglese e francese: _____;
- 9) di avere diritto alla riserva dei posti, ovvero di aver diritto alla precedenza (o, a preferenza, in caso di parità di punteggio) per il seguente motivo _____ (allegare documentazione probatoria);
- 10) di avere necessità in quanto portatore di handicap ai sensi dell'art. 20 della L. 104/92 del seguente ausilio _____ (indicare il tipo di ausilio necessario) nonché della necessità di tempi aggiuntivi _____;

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 comunicazione formale 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 autocertificato datato e firmato.

Data _____

Firma _____

SI RICORDA DI PROSEGUIRE LA COMPILAZIONE DELLA SUCCESSIVA SCHEDA CURRICULUM (SEZIONE B.) E ALLEGARE LA SOLA COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO.

SEZIONE B.

SCHEDA CURRICULUM

AUTOCERTIFICAZIONE - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(DPR 28 dicembre 2000 n. 445, artt. 46 e 47)

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____ residente a _____ in _____

-consapevole che l'Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati,

-consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA':

- che le copie allegate sono conformi agli originali in mio possesso;

- di possedere i seguenti requisiti specifici di ammissione:

| | |
|--------------------------------------|---------------------|
| titolo di studio: | |
| conseguito il | presso l'Università |
| Iscrizione all'albo professionale di | |
| Dal | |

- di essere in possesso dei seguenti titoli:

spazio riservato all'Ufficio



TITOLI DI CARRIERAServizi esclusivamente svolti in qualità di dipendente diretto di **Pubbliche Amministrazioni** ATTINENTI AL POSTO MESSO A BANDO.

| <u>Ente</u> | <i>data di assunzione</i> | <i>data di cessazione</i> | <i>qualifica esatta</i> | Specificare se a tempo pieno o tempo parziale (indicare le ore sett. Part-time) |
|--------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

TITOLI DI CARRIERAServizi esclusivamente svolti in qualità di dipendente diretto di **Case di cura private solo se convenzionate o accreditate** ATTINENTI AL POSTO MESSO A BANDO.

| <u>Ente</u> | <i>data di assunzione</i> | <i>data di cessazione</i> | <i>qualifica esatta</i> | Specificare se a tempo pieno o tempo parziale (indicare le ore sett. Part-time) |
|--------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DOCENZE:

Solo su materie attinenti e solo se svolte presso Pubbliche Amministrazioni

| <i>Ente</i> | <i>materia</i> | <i>ore</i> |
|-------------|----------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |

segue CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**ALTRE ESPERIENZE LAVORATIVE, ATTIVITÀ (tirocinio professionale, stage, borsa di studio), attinenti alla funzione da ricoprire.****In questa sezione indicare SERVIZI PRIVATI (comprese collaborazioni o incarichi libero professionali), indicare denominazione Azienda, tipo di contratto (es. dipendente, libero professionista, co.co.co.), QUALIFICA ESATTA, data di inizio e fine e il numero di ore settimanali (se previsto)**

| <u>Ente</u> | <u>Tipo di contratto</u> | <i>data di inizio</i> | <i>data di fine</i> | <i>qualifica esatta</i> | Specificare se a tempo pieno o tempo parziale (indicare le ore sett. Part-time) |
|-------------|--------------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|---|
| | | | | | |

SPECIFICARE IL POSSESSO DI SPECIFICHE CONOSCENZE, COMPETENZE ED ESPERIENZE NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' RICHIESTE DAL BANDO (Nel bando è previsto che nell'ambito del curriculum verranno particolarmente valorizzate le esperienze in sala operatoria)

TOTALE
(Riservato all'ufficio)

Letto, confermato e sottoscritto **IL DICHIARANTE** _____

(N.B. ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO)