

**Schema esemplificativo di domanda**

**AL DIRETTORE GENERALE  
DELL'AZIENDA U.S.L. DI IMOLA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ - telefono \_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso/a al concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di n. 1 posto della posizione funzionale di DIRIGENTE MEDICO – MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA indetto dall'Azienda USL di Imola, con scadenza il \_\_\_\_\_

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

consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del D.P.R.445 del 28.12.2000 e accertati dall'Azienda USL 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

che l'indirizzo al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente concorso è il seguente:

cognome e nome \_\_\_\_\_

via / n. / CAP \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Telefono/Cellulare \_\_\_\_\_

di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_  
(indicare la nazionalità)

**Per i cittadini italiani – barrare una sola opzione**

di ESSERE iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
(indicare Comune)

di NON ESSERE iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo \_\_\_\_\_  
(indicare motivo di non iscrizione)

**Per i cittadini che sono in possesso del requisito sostitutivo della cittadinanza italiana:**

di non avere a proprio carico provvedimenti giudiziari che comportino nel Paese di origine o in Italia la perdita del diritto di voto

**(barrare una sola opzione)**

di NON AVERE riportato condanne penali

di AVERE riportato le seguenti condanne penali: \_\_\_\_\_  
(indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale)

---

**(indicare se congedato, riformato, esente ai sensi di L. 226/2004 .. ecc... ecc....)**

di essere nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione: \_\_\_\_\_

---

Di essere in possesso della Laurea in Medicina e chirurgia conseguita il \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_

---

Di essere in possesso del Diploma di Specializzazione in \_\_\_\_\_  
conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

CONSEGUITO ai sensi del D.Lgs. n. 257/91 o del D.Lgs. n. 368/99 – durata del corso anni \_\_\_\_\_

NON CONSEGUITO ai sensi del D.Lgs. n. 257/91 o del D.Lgs. n. 368/99

di essere iscritto all'Albo dell'ordine dei Medici – Chirurghi di \_\_\_\_\_

---

**(barrare una sola opzione)**

di NON AVERE mai prestato servizio con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni

di AVERE PRESTATO SERVIZIO con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni (*come risulta da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata*)

Indicare le cause di risoluzione \_\_\_\_\_;

di PRESTARE SERVIZIO con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni (*come risulta da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata*)

---

**(barrare casella solo in caso di diritto)**

di AVERE DIRITTO alla riserva dei posti, ovvero di avere diritto alla precedenza o a preferenza in caso di parità di punteggio (art. 5 DPR 487/94 e s.m.i.) per il seguente motivo: \_\_\_\_\_

(allegare documentazione probatoria)

di AVERE DIRITTO alla riserva dei posti per il seguente motivo (es. L. 68/99 – Tutela disabili, art. 18 D.Lgs. 215/01 o art. 11 D.Lgs. n. 236/03 – volontario FFAA): \_\_\_\_\_

(allegare documentazione probatoria)

---

**(barrare casella solo in caso di necessità)**

di AVERE NECESSITA' in quanto portatore di handicap ai sensi dell'art. 20 della L. 104/92 del seguente ausilio: \_\_\_\_\_ e dell'applicazione di eventuali tempi aggiuntivi

(indicare il tipo di ausilio necessario)

---

Alla fine della valutazione di merito il sottoscritto presenta:

- un curriculum formativo professionale redatto in carta semplice, datato e firmato
- copia di documento di identità valido

Per gli effetti dell'art.15 della legge 183/2011 (decertificazione) dichiaro che eventuali certificazioni allegate alla presente domanda rilasciate da PA corrispondono a stati/fatti/qualità relativi alla mia persona

Tutti i documenti e titoli presentati sono indicati nell'allegato elenco in carta semplice.

data, \_\_\_\_\_ Firma in originale \_\_\_\_\_

*(La mancata sottoscrizione in originale determina l'esclusione dalla procedura. La trasmissione della domanda tramite PEC equivale a sottoscrizione in originale – Circ. F.P. 2/2010)*

**N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento valido**