

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

| | | | |
|---------------------------|-------------|-------------|--|
| Il/La sottoscritt/a _____ | | | |
| <i>cognome</i> | | <i>nome</i> | |
| nato il _____ a _____ | Prov. _____ | | |
| residente a _____ | Prov. _____ | CAP. _____ | |
| Via _____ | n. _____ | tel _____ | |

CHIEDE

di essere ammesso/a al concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura definitiva di n. 1 posto della posizione funzionale di DIRIGENTE MEDICO DI PEDIATRIA indetto dall'Azienda U.S.L: 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)

(barrare le caselle corrispondenti alla scelta e compilare)

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

(specificare cognome–nome-via-cap-comune-telefono- tel. cellulare)

- di essere in possesso della cittadinanza _____
- (indicare nazionalità)*

| | |
|--|---|
| barrare una sola opzione | <i>(per i cittadini italiani)</i> |
| | <input type="checkbox"/> di ESSERE iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ <i>(indicare Comune)</i> |
| | <input type="checkbox"/> di NON ESSERE iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo: _____ <i>(indicare motivo della non iscrizione)</i> |
| <i>I cittadini che sono in possesso del requisito sostitutivo della cittadinanza italiana (cittadinanza in Paese dell'Unione Europea), dovranno dichiarare</i> | |
| <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> di NON AVERE riportato condanne penali |
| | <input type="checkbox"/> di AVERE riportato le seguenti condanne penali: _____ <i>(indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale)</i> _____ |

di essere in possesso della **Laurea in Medicina e Chirurgia**
conseguito il _____ presso l'Università di _____

| | |
|--------------------------|---|
| barrare una sola opzione | <p>Di essere in possesso del diploma di specializzazione _____ conseguito in data _____ presso l'Università di _____</p> <p><input type="checkbox"/> CONSEGUITO ai sensi del D.Lgs n.257/91 o del D.Lgs n.368/99 – durata del corso anni _____</p> <p><input type="checkbox"/> NON CONSEGUITO ai sensi del D.Lgs n.257/91 o del D.Lgs n.368/99</p> |
|--------------------------|---|

di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici – chirurghi di _____ (provincia)

(per i soli uomini)

di essere nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione: _____
(indicare se congedato, riformato, esente ai sensi di L.226/04.... ecc..ecc..)

| | |
|--------------------------|---|
| barrare una sola opzione | <p><input type="checkbox"/> di NON avere mai prestato servizio con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni;</p> <p><input type="checkbox"/> di AVERE PRESTATO SERVIZIO con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni (<i>come risulta da documentazione o da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata</i>)</p> <p style="margin-left: 20px;"><i>Indicare la cause di risoluzione</i> _____</p> <p><input type="checkbox"/> di PRESTARE SERVIZIO con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni (<i>come risulta da documentazione o da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata</i>);</p> |
|--------------------------|---|

| | |
|--|---|
| barrare la casella solo in caso di diritto | <p><input type="checkbox"/> di AVERE DIRITTO alla riserva di 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: _____ _____ (<i>allegare la documentazione probatoria</i>);</p> |
|--|---|

| | |
|--|--|
| barrare la casella solo in caso di necessità | <p><input type="checkbox"/> di AVERE NECESSITÀ in quanto portatore di handicap ai sensi dell'art. 20 della L. 104/92 del seguente ausilio _____ (<i>indicare il tipo di ausilio necessario</i>) e dell'applicazione di eventuali tempi aggiuntivi.</p> |
|--|--|

Il/la sottoscritto/a presenta un curriculum formativo e professionale datato e firmato. 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)