

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

Il/La sottoscritto/a

*cognome/nome*

nato/a 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 di n.1 posto della posizione funzionale di **DIRIGENTE MEDICO - DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO**

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

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

*(indicare Comune)*

di NON ESSERE iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo:

*(indicare motivo della non iscrizione)*

**Per i cittadini che sono in possesso del requisito sostitutivo della cittadinanza italiana (cittadinanza in Paese dell'Unione Europea):**

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.226/04.... 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** \_\_\_\_\_

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 documentazione o da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata)*;

Indicare la cause di risoluzione \_\_\_\_\_

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

*(barrare casella solo in caso di diritto)*

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: \_\_\_\_\_

*(allegare la documentazione probatoria)*

di AVERE DIRITTO alla riserva di 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 la documentazione probatoria)*

*(barrare casella solo in caso di necessità)*

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)*

e dell'applicazione di eventuali tempi aggiuntivi.

Al 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.*