



di essere in possesso del diploma di **specializzazione** \_\_\_\_\_

barrare  
una sola  
opzione

**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

il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_

di essere iscritto all'**Albo dell'Ordine dei Farmacisti** di \_\_\_\_\_  
(*indicare la provincia*)

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

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 o 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*);

(*indicare le cause di risoluzione dei rapporti di impiego*) \_\_\_\_\_

barrare una  
sola opzione

di NON ESSERE stato destituito o dispensato dall'impiego ovvero licenziato da pubbliche amministrazioni;

di ESSERE stato destituito o dispensato dall'impiego ovvero licenziato da pubbliche amministrazioni

\_\_\_\_\_ (*indicare il tipo di provvedimento*)

barrare la  
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 per il seguente motivo: \_\_\_\_\_  
(*allegare la documentazione probatoria*);

barrare la  
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.

Il/la sottoscritto/a presenta un curriculum formativo e professionale datato e firmato. Tutti i documenti e titoli presentati sono indicati nell'allegato elenco redatto in triplice copia, in carta semplice.

Firma

data, \_\_\_\_\_

a) la domanda e la documentazione ad essa allegata:

☞ devono essere inoltrate a mezzo del servizio postale al seguente indirizzo: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi Ufficio Concorsi Via Albertoni 15 40138 Bologn;

☞ oppure devono essere presentate alla Direzione Amministrazione del Personale - UFFICIO INFORMAZIONI Via Albertoni 15 Bologna negli orari indicati nel bando.

☞ Trasmesse con Posta Elettronica Certificata PEC personale del candidato esclusivamente all'indirizzo [concorsi@pec.aosp.bo.it](mailto:concorsi@pec.aosp.bo.it) Il messaggio dovrà avere per oggetto: "domanda di concorso"