

AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA
POLICLINICO S.ORSOLA-MALPIGHI - VIA ALBERTONI, 15 - 40138 BOLOGNA

Il/La sottoscritt/a _____
cognome _____ **nome** _____
nato il _____ a _____ Prov. _____
residente a _____ Prov. _____ CAP. _____
Via _____ n. _____ tel _____

di essere ammesso/a al concorso pubblico per titoli ed esami a n. 1 posto di Dirigente Medico – Cardiologia con prevalenti competenze ed esperienze nel trattamento delle cardiopatie congenite complesse neonatali e delle cardiopatie congenite dell'adulto presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi, con scadenza il _____

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

(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)

☐ 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)

I cittadini che sono in possesso del requisito sostitutivo della cittadinanza italiana (cittadinanza in Paese dell'Unione Europea), dovranno dichiarare

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

☐ di NON AVERE riportato condanne penali

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

- ☐ di essere in possesso della **Laurea in Medicina e Chirurgia** conseguita il ____ __
presso l'Università di _____

☐ 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 Medici – Chirurghi** 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.

data, _____

Firma

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 Bologna;

☞ oppure devono essere presentate all' 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. Il messaggio dovrà avere per oggetto: "Domanda per Concorso- Dirigente Medico – Cardiologia di (indicare cognome e nome)"