

**SCHEMA DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO(a)**

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

Il/La sottoscritt/a \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a al concorso pubblico per titoli ed esami di \_\_\_\_\_  
presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi, con scadenza il \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara:

**(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

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

barrare una sola opzione

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 del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_  
*(indicare titolo di studio - per i titoli universitari indicare la classe di laurea)*

conseguito il \_\_\_\_\_ presso l'Istituto \_\_\_\_\_

o Università di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ di essere altresì in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione al concorso(b)

**Iscrizione all'Albo degli Infermieri della provincia di** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

di scegliere la seguente lingua straniera: \_\_\_\_\_  
*(da indicare la lingua prescelta tra quelle previste nel bando di concorso)*

barrare una sola opzione	<input type="checkbox"/> di NON avere mai prestato servizio con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni; <input type="checkbox"/> di AVERE PRESTATO o 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> ; <i>(indicare le cause di risoluzione dei rapporti di impiego)</i> _____
--------------------------	---

barrare una sola opzione	<input type="checkbox"/> di NON ESSERE stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni ovvero licenziato a decorrere dal 2.9.1995 (data di entrata in vigore del primo C.C.N.L. del personale del comparto Sanità); <input type="checkbox"/> di ESSERE stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni ovvero licenziato a decorrere dal 2.9.1995 (data di entrata in vigore del primo C.C.N.L. del personale del comparto Sanità) <i>(indicare il tipo di provvedimento)</i> _____
--------------------------	---

barrare la casella solo in caso di diritto	<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 per il seguente motivo: _____ <i>(allegare la documentazione probatoria)</i> ;
--	--

barrare la casella solo in caso di necessità	<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.
--	---

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 \_\_\_\_\_

a) la domanda e la documentazione ad essa allegata:

☞ devono essere inoltrate UNICAMENTE a mezzo del servizio postale al seguente indirizzo: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi Ufficio Concorsi Via Albertoni 15 40138 Bologna ovvero alla Casella Postale n. 2137 - 40100 Bologna Levante.

b) si veda quanto richiesto alle lettere d) e seguenti dei requisiti di ammissione riportati al punto 1 del bando.