

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 **ESSERE** o **DI ESSERE STATO** titolare di contratto di collaborazione coordinata e continuativa / contratto di prestazione d'opera professionale presso _____
(*indicare struttura organizzativa di afferenza*);

dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna con funzioni di _____
(*indicare qualifica*)

dal _____ al _____ con n. _____ ore di attività settimanale;

di **NON ESSERE STATO** titolare di contratto di collaborazione coordinata e continuativa / contratto di prestazione d'opera professionale presso Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna;

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 Bologna oppure alla Casella Postale n. 2137 - 40100 Bologna Levante;

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