

**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 \_\_\_\_\_  
*cognome* *nome*

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

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

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

**CHIEDE**

di essere ammesso/a al concorso pubblico per titoli ed esami di **DIRIGENTE MEDICO - UROLOGIA** \_\_\_\_\_  
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)*

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 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.

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.