

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 **OPERATORE SOCIO SANITARIO** _____
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 candidati 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

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 **diploma di istruzione secondaria di primo grado** (licenza scuola media inferiore) conseguito il _____ presso l'Istituto _____

(I candidati che sono in possesso del titolo di studio conseguito all'estero dovranno presentare il decreto di equipollenza oppure la dichiarazione di valore per attestare l'assolvimento dell'obbligo scolastico)

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

barrare una sola
opzione

- titolo di **operatore socio sanitario** conseguito il _____ presso _____
- titolo di _____ conseguito il _____
presso _____
riconosciuto equipollente da _____
(indicare il provvedimento/la Regione che riconosce l'equipollenza)

- 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 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);
- 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)

(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 in carta semplice.

Firma

data, _____

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 alla lettera e) dei requisiti di ammissione riportati al punto 1 del bando.