

**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.