

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 finalizzato alla stabilizzazione del lavoro precario e alla valorizzazione delle esperienze lavorative svolte presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna di **Dirigente Medico – Chirurgia Toracica** 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** _____

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 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

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.