

**AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA U.S.L. DI IMOLA**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
residente a _____ Prov. _____ Cap. _____
Via _____ n. _____ - telefono _____

CHIEDE

di essere ammesso/a al concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di n. 1
posto della posizione funzionale di DIRIGENTE MEDICO - ANESTESIA E
RIANIMAZIONE indetto dall'Azienda USL di Imola, con scadenza il

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ,
richiamati dall'art. 76 del D.P.R.445 del 28.12.2000 e accertati dall'Azienda USL in
sede di controllo verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi
speciali in materia di decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione
non veritiera

che l'indirizzo al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa al
presente concorso è il seguente:

cognome e nome _____

via / n. / CAP _____

Comune _____ Telefono/Cellulare _____

di essere in possesso della cittadinanza

_____ (indicare la nazionalità)

Per i cittadini italiani – barrare una sola opzione

di ESSERE iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
Prov. _____

(indicare Comune)

di NON ESSERE iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo

_____ (indicare motivo di non iscrizione)

Per i cittadini che sono in possesso del requisito sostitutivo della cittadinanza italiana:

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: _____

(indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale)

(indicare se congedato, riformato, esente ai sensi di L. 226/2004 .. ecc... ecc....)

di essere nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione: _____

Di essere in possesso della Laurea in Medicina e chirurgia conseguita il _____ presso _____

Di essere in possesso del Diploma di Specializzazione in _____ conseguito il _____ presso _____

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

di essere iscritto all'Albo dell'ordine dei Medici – Chirurghi di _____

(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 SERVIZIO con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni (*come risulta da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata*)

Indicare le cause di risoluzione _____

di PRESTARE SERVIZIO con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni (*come risulta da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata*)

(barrare casella solo in caso di diritto)

di AVERE DIRITTO alla riserva dei posti, ovvero di avere diritto alla precedenza o a preferenza in caso di parità di punteggio (art. 5 DPR 487/94 e s.m.i.) per il seguente motivo: _____

(allegare documentazione probatoria)

di AVERE DIRITTO alla riserva dei posti per il seguente motivo (es. L. 68/99 – Tutela disabili, art. 18 D.Lgs. 215/01 o art. 11 D.Lgs. n. 236/03 – volontario FFAA): _____

(allegare documentazione probatoria)

(barrare casella solo in caso di necessità)

di AVERE NECESSITA' in quanto portatore di handicap ai sensi dell'art. 20 della L. 104/92 del seguente ausilio: _____ e dell'applicazione di eventuali tempi aggiuntivi

(indicare il tipo di ausilio necessario)

Alla fine della valutazione di merito il sottoscritto presenta:

- un curriculum formativo professionale redatto in carta semplice, datato e firmato
- copia di documento di identità valido

Per gli effetti dell'art.15 della legge 183/2011 (decertificazione) dichiaro che eventuali certificazioni allegate alla presente domanda rilasciate da PA corrispondono a stati/fatti/qualità relativi alla mia persona

Tutti i documenti e titoli presentati sono indicati nell'allegato elenco in carta semplice.

data, _____ Firma in originale

(La mancata sottoscrizione in originale determina l'esclusione dalla procedura. La trasmissione della domanda tramite PEC equivale a sottoscrizione in originale – Circ. F.P. 2/2010)

N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento valido