

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

Il/La sottoscritt/a	_____		_____
	<i>cognome</i>		<i>nome</i>
nato il	_____	a	_____ Prov. _____
residente a	_____	Prov. _____	CAP. _____
Via	_____	n. _____	tel _____

CHIEDE

di essere ammesso/a al concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura definitiva di n.1 posto della posizione funzionale di DIRIGENTE MEDICO – GERIATRIA indetto dall'Azienda U.S.L: 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)

(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	(per i cittadini italiani)
	<input type="checkbox"/> di ESSERE iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (indicare Comune)
	<input type="checkbox"/> di NON ESSERE iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo: _____ (indicare motivo della non iscrizione)
<i>I cittadini che sono in possesso del requisito sostitutivo della cittadinanza italiana (cittadinanza in Paese dell'Unione Europea), dovranno dichiarare</i>	
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> di NON AVERE riportato condanne penali
	<input type="checkbox"/> di AVERE riportato le seguenti condanne penali: _____ (indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale) _____

di essere in possesso della **Laurea in Medicina e Chirurgia**
conseguito il _____ presso l'Università di _____

barrare una sola opzione	<p>Di essere in possesso del diploma di specializzazione _____ conseguito in data _____ presso l'Università di _____</p> <p><input type="checkbox"/> CONSEGUITO ai sensi del D.Lgs n.257/91 o del D.Lgs n.368/99 – durata del corso anni _____</p> <p><input type="checkbox"/> NON CONSEGUITO ai sensi del D.Lgs n.257/91 o del D.Lgs n.368/99</p>
--------------------------	---

di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici – chirurghi di _____ (provincia)

(per i soli uomini)

di essere nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione: _____
(indicare se congedato, riformato, esente ai sensi di L.226/04.... ecc..ecc..)

barrare una sola opzione	<p><input type="checkbox"/> di NON avere mai prestato servizio con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni;</p> <p><input type="checkbox"/> di AVERE PRESTATO SERVIZIO con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni (<i>come risulta da documentazione o da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata</i>)</p> <p style="margin-left: 20px;"><i>Indicare la cause di risoluzione</i> _____</p> <p><input type="checkbox"/> di PRESTARE SERVIZIO con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni (<i>come risulta da documentazione o da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata</i>);</p>
--------------------------	---

barrare la casella solo in caso di diritto	<p><input type="checkbox"/> di AVERE DIRITTO alla riserva di 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: _____ _____ (<i>allegare la documentazione probatoria</i>);</p>
--	---

barrare la casella solo in caso di necessità	<p><input type="checkbox"/> di AVERE NECESSITÀ in quanto portatore di handicap ai sensi dell'art. 20 della L. 104/92 del seguente ausilio _____ (<i>indicare il tipo di ausilio necessario</i>) e dell'applicazione di eventuali tempi aggiuntivi.</p>
--	--

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.

data, _____

Firma

(Firma in originale – La mancata sottoscrizione in originale determina l'esclusione dalla procedura)