

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

di scegliere la seguente lingua straniera: _____
(da indicare la lingua prescelta tra quelle previste nel bando di concorso)

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 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.

data, _____

Firma

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.