

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 _____

barrare una sola opzione

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.