

## SEZIONE A.

ATTENZIONE: AI FINI DELLA VALUTAZIONE DEI TITOLI OLTRE ALLA COMPILAZIONE DELLA SOTTOELENcata DOMANDA E' OBBLIGATORIO COMPILARE LA SUCCESSIVA SCHEDA CURRICULUM ALLEGATA GIA' PREDISPOSTA IN AUTOCERTIFICAZIONE. NON OCCORRE ALLEGARE ULTERIORE DOCUMENTAZIONE AD ECCEZIONE DELLA COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO (OBBLIGATORIO) ED EVENTUALI PUBBLICAZIONI e DOCUMENTAZIONE PROBATORIA PER DIRITTO ALLA RISERVA DEI POSTI

# DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

AL DIRETTORE SUMAP  
Via Gramsci, 12- STANZA 41  
40121 BOLOGNA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ chiede  
di essere ammesso al Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di  
n. 3 posti nel profilo professionale di COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – TECNICO  
DI NEUROFISIOPATOLOGIA CAT. D per le specifiche esigenze delle SALE OPERATORIE  
dell'Istituto Ortopedico Rizzoli

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- 1) di essere in possesso della cittadinanza italiana (ovvero di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana \_\_\_\_\_);
- 1) di possedere un'età non superiore al limite massimo previsto dall'ordinamento vigente per il collocamento a riposo d'ufficio del personale laureato del ruolo sanitario;
- 2) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ (ovvero: di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo: \_\_\_\_\_);
- 3) di non avere riportato condanne penali (ovvero: di avere riportato le seguenti condanne penali - da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale: \_\_\_\_\_);
- 5) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione (**barrare e compilare le caselle relative ai requisiti posseduti**):

- |   |
|---|
| <p><input type="checkbox"/> Laurea in Tecniche di Neurofisiopatologia appartenente alla Classe L/SNT3 delle Lauree delle Professioni Sanitarie Tecniche conseguita il _____ presso _____<br/>ovvero</p> <p><input type="checkbox"/> Diploma Universitario di Tecnico di Neurofisiopatologia (DM 183 del 15.3.1995) conseguito il _____ presso _____<br/>ovvero</p> <p><input type="checkbox"/> il seguente diploma o attestato conseguito in base al precedente ordinamento, riconosciuto equipollente ai sensi del D.M. 27/7/2000 al Diploma Universitario ai fini dell'esercizio dell'attività professionale e dell'accesso ai pubblici concorsi _____ conseguito il _____<br/>presso _____</p> |
|---|

di essere in possesso del requisito dell'iscrizione all'albo professionale dei tecnici di neurofisiopatologia della provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con matricola nr. \_\_\_\_\_

ovvero

di non essere ancora in possesso del requisito di iscrizione all'albo professionale dei tecnici di neurofisiopatologia al momento della presentazione della domanda e di impegnarmi a comunicare l'avvenuta iscrizione al momento dell'assunzione.

- 6) di essere, nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione: \_\_\_\_\_;
- 7) di non avere mai prestato servizio con rapporto d'impiego presso pubbliche amministrazioni (ovvero: di avere prestato servizio o di prestare servizio con rapporto d'impiego presso le seguenti pubbliche amministrazioni; indicare le cause di risoluzione dei rapporti d'impiego \_\_\_\_\_) - (cancellare l'espressione che non interessa);
- 8) di scegliere per l'accertamento della conoscenza della lingua straniera la seguente tra inglese e francese: \_\_\_\_\_;
- 9) di avere diritto alla riserva dei posti, ovvero di aver diritto alla precedenza (o, a preferenza, in caso di parità di punteggio) per il seguente motivo \_\_\_\_\_ (allegare documentazione probatoria);
- 10) 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) nonché della necessità di tempi aggiuntivi \_\_\_\_\_;

Il sottoscritto chiede di ricevere ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura con la seguente modalità (barrare una sola modalità)

mediante posta elettronica certificata al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_;

mediante comunicazione formale al seguente indirizzo :

Via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ provincia (\_\_\_\_\_)

Al fine della valutazione di merito, il sottoscritto presenta i documenti indicati nell'allegato elenco redatto in carta semplice ed un curriculum formativo e professionale autocertificato datato e firmato.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**SI RICORDA DI PROSEGUIRE LA COMPILAZIONE DELLA SUCCESSIVA SCHEDA CURRICULUM (SEZIONE B.) E ALLEGARE LA SOLA COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO.**

**SEZIONE B.**

**SCHEDA CURRICULUM**

**AUTOCERTIFICAZIONE - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

**(DPR 28 dicembre 2000 n. 445, artt. 46 e 47)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

-consapevole che l'Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati,

-consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

**DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA':**

**- che le copie allegate sono conformi agli originali in mio possesso;**

**- di possedere i seguenti requisiti specifici di ammissione:**

titolo di studio:	
conseguito il	presso l'Università
Iscrizione all'albo professionale di	
Dal _____	

**- di essere in possesso dei seguenti titoli:**

spazio riservato all'Ufficio



**TITOLI DI CARRIERA**Servizi esclusivamente svolti in qualità di dipendente diretto di **Pubbliche Amministrazioni** ATTINENTI AL POSTO MESSO A BANDO.

<b><u>Ente</u></b>	<b><i>data di assunzione</i></b>	<b><i>data di cessazione</i></b>	<b><i>qualifica esatta</i></b>	Specificare se a tempo pieno o tempo parziale (indicare le ore sett. Part-time)

**TITOLI DI CARRIERA**Servizi esclusivamente svolti in qualità di dipendente diretto di **Case di cura private solo se convenzionate o accreditate** ATTINENTI AL POSTO MESSO A BANDO.

<b><u>Ente</u></b>	<b><i>data di assunzione</i></b>	<b><i>data di cessazione</i></b>	<b><i>qualifica esatta</i></b>	Specificare se a tempo pieno o tempo parziale (indicare le ore sett. Part-time)



**DOCENZE:**

Solo su materie attinenti e solo se svolte presso Pubbliche Amministrazioni

<i>Ente</i>	<i>materia</i>	<i>ore</i>

**segue CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE****ALTRE ESPERIENZE LAVORATIVE, ATTIVITÀ (tirocinio professionale, stage, borsa di studio), attinenti alla funzione da ricoprire.****In questa sezione indicare SERVIZI PRIVATI (comprese collaborazioni o incarichi libero professionali), indicare denominazione Azienda, tipo di contratto (es. dipendente, libero professionista, co.co.co.), QUALIFICA ESATTA, data di inizio e fine e il numero di ore settimanali (se previsto)**

<u>Ente</u>	<u>Tipo di contratto</u>	<i>data di inizio</i>	<i>data di fine</i>	<i>qualifica esatta</i>	Specificare se a tempo pieno o tempo parziale (indicare le ore sett. Part-time)

**SPECIFICARE IL POSSESSO DI SPECIFICHE CONOSCENZE, COMPETENZE ED ESPERIENZE NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' RICHIESTE DAL BANDO (Nel bando è previsto che nell'ambito del curriculum verranno particolarmente valorizzate le esperienze in sala operatoria)**

**TOTALE**  
(Riservato all'ufficio)

Letto, confermato e sottoscritto      **IL DICHIARANTE** \_\_\_\_\_

**(N.B. ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO)**