

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO  
PER LA PROCEDURA DI STABILIZZAZIONE  
DI CUI ALL'ART. 20 COMMA 1 DEL D. LGS. 75/2017.  
DEL PERSONALE PRECARIO NON ADDETTO ALL'ASSISTENZA**

AL DIRETTORE GENERALE  
DELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI SEDE DI BOLOGNA

Il/La  
sottoscritto/a

\_\_\_\_\_ *cognome*

\_\_\_\_\_ *nome*

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

indirizzo @ \_\_\_\_\_ Indirizzo @pec \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di partecipare all' Avviso per la procedura di stabilizzazione, di cui all'art. 20 comma 1 del D.lgs. 75/2017, del personale precario presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli, **NEL PROFILO PROFESSIONALE** di \_\_\_\_\_ con scadenza il 19.03.2018

AUTOCERTIFICAZIONE ai sensi DPR 28.12.00 n. 445

**dichiaro sotto la mia responsabilità, consapevole delle sanzioni penali e civili in cui posso incorrere in caso di false dichiarazioni, quanto segue (*barrare le caselle corrispondenti alla scelta e compilare*)**

che l'indirizzo al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura è il seguente: \_\_\_\_\_

(*specificare cognome-nome-via-cap-comune-telefono- tel. Cellulare oppure indirizzo@pec*)

di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_  
(*indicare nazionalità*)

In base all'art.7 della legge 6.8.2013, n. 97 possono accedere ai posti di lavoro presso le pubbliche amministrazioni:

-cittadini italiani - cittadini di uno dei paesi dell'Unione Europea e loro familiari non aventi la cittadinanza di uno stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente oppure cittadini di Paesi Terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria)

Nel caso di cittadini extracomunitari indicare tutti i requisiti di legge, in particolare per quanto riguarda lo status e gli estremi del permesso di soggiorno: \_\_\_\_\_

Per i cittadini stranieri:

di avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana

barrare una sola opzione	<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: _____ (da indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale)

di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa concorsuale per l'assunzione nello specifico profilo e più specificatamente:

di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_  
(indicare titolo di studio – per i titoli universitari indicare anche la classe di laurea)  
conseguito il \_\_\_\_\_ presso l'Istituto \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
o Università di \_\_\_\_\_

di essere iscritto all' **albo professionale** (ove esistente) \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

barrare	<input type="checkbox"/> di NON ESSERE stato destituito ovvero licenziato da pubbliche amministrazioni a decorrere dal 2.9.1995 (data di entrata in vigore del primo C.C.N.L. del personale del comparto Sanità);
---------	---

barrare la casella solo in caso di diritto	<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 per il seguente motivo: _____ (allegare la documentazione probatoria);
--	--

barrare la casella	<input type="checkbox"/> di NON ESSERE DIPENDENTE presso una Pubblica Amministrazione con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato nel profilo equivalente a quello del presente avviso o superiore;
--------------------	--

di essere in possesso dei seguenti requisiti **specifici richiesti dal Bando** :

- a) Essere stato in servizio, nel profilo oggetto della richiesta di stabilizzazione, successivamente alla data del 28/8/2015 con contratto di lavoro a tempo determinato di tipo subordinato presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli;
- b) Essere stato reclutato a tempo determinato, nel profilo oggetto della richiesta di stabilizzazione, attingendo ad una graduatoria, a tempo determinato o a tempo indeterminato riferita ad una procedura concorsuale ordinaria, per esami e/o titoli, ovvero prevista in una normativa di legge, graduatoria anche espletata presso amministrazioni pubbliche diverse da quella che procede all'assunzione;
- c) Aver maturato, al 31 dicembre 2017, alle dipendenze dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, almeno tre anni di servizio, nel profilo oggetto della richiesta di stabilizzazione, anche non continuativi, negli ultimi otto anni (da 01.01.2010 al 31.12.2017).

Ai fini della ammissione alla procedura e della formulazione della graduatoria dichiaro di avere prestato i seguenti servizi presso le **Aziende e gli Enti del S.S.N.** (compreso presso l' Istituto Ortopedico Rizzoli)

barrare la casella

Denominazione Azienda: \_\_\_\_\_

Profilo professionale-qualifica: \_\_\_\_\_

Tipologia di contratto (es. tempo determinato, co.co.co. contratto libero professionale): \_\_\_\_\_

Periodo esatto: dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (indicare gg/mm/anno)

Interruzione/sospensione (es. aspettativa) dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (indicare gg/mm/anno)

Denominazione Azienda: \_\_\_\_\_

Profilo professionale-qualifica: \_\_\_\_\_

Tipologia di contratto (es. tempo determinato, co.co.co. contratto libero professionale): \_\_\_\_\_

Periodo esatto: dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (indicare gg/mm/anno)

Interruzione/sospensione (es. aspettativa) dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (indicare gg/mm/anno)

Denominazione Azienda: \_\_\_\_\_

Profilo professionale-qualifica: \_\_\_\_\_

Tipologia di contratto (es. tempo determinato, co.co.co. contratto libero professionale): \_\_\_\_\_

Periodo esatto: dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (indicare gg/mm/anno)

Interruzione/sospensione (es. aspettativa) dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (indicare gg/mm/anno)

Spazio per EVENTUALI ULTERIORI servizi presso **Aziende e gli Enti del S.S.N.** da descriversi come sopra :

\_\_\_\_\_

La sottoscrizione della presente domanda di partecipazione comporta la piena accettazione di quanto contenuto nel Bando di Avviso di cui all'oggetto.

**ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO**

data, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_