

- 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 _____

oppure

- di essere iscritto all'ultimo anno della scuola di specializzazione in _____
presso l'Università di _____

e di impegnarsi a presentare la documentazione relativa al titolo di specializzazione alla data di assunzione in servizio

- 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 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** 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 redatto in triplice copia, in carta semplice.

Firma

data, _____

a) la domanda e la documentazione ad essa allegata:

- ☞ devono essere inoltrate a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo: Servizio Unico Metropolitan Amministrazione del Personale (SUMAP) – UFFICIO CONCORSI – AREA S.ORSOLA-MALPIGHI, Via Gramsci N. 12, 40121 Bologna;
- ☞ ovvero trasmesse con Posta Elettronica Certificata PEC personale del candidato esclusivamente all'indirizzo concorsi@pec.aosp.bo.it. Il messaggio dovrà avere per oggetto: "Domanda di Avviso di Dirigente Medico di Anestesia e Rianimazione di _____ (indicare cognome e nome)"
- ☞ oppure devono essere consegnate presso Servizio Unico Metropolitan Amministrazione del Personale - UFFICIO CONCORSI, via Gramsci, 12, Bologna negli orari indicati nel bando.