

**AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA U.S.L. DI IMOLA**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

residente a _____ Prov. _____ Cap. _____

Via _____ n. _____ - telefono _____

mail _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla selezione pubblica, per titoli e prova selettiva, ai sensi dell'art. 15 septies - comma 2 del D.Lgs.502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, per il conferimento di incarico a tempo determinato di

**DIRIGENTE MEDICO disciplina: MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO
CON FUNZIONI DI MEDICO COMPETENTE E MEDICO AUTORIZZATO**

indetto dall'Azienda USL di Imola, con scadenza il _____

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del D.P.R.445 del 28.12.2000 e accertati dall'Azienda USL in sede di controllo verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

Il sottoscritto chiede di ricevere ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura con la seguente modalità:

via / n. / CAP comune _____

indirizzo PEC _____

di essere in possesso della cittadinanza (indicare la nazionalità)

Per i cittadini italiani – barrare una sola opzione

di ESSERE iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ Prov. _____
(indicare Comune)

di NON ESSERE iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo
(indicare motivo di non iscrizione)

Per i cittadini che sono in possesso del requisito sostitutivo della cittadinanza italiana:

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: (indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale) _____

di essere nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione:
(indicare se congedato, riformato, esente ai sensi di L. 226/2004 .. ecc... ecc....)

Di essere in possesso della Laurea in Medicina e chirurgia conseguita il _____
presso _____

Di essere in possesso del Diploma di Specializzazione in _____
conseguito il _____ presso _____

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

di essere iscritto all'Albo dell'ordine dei Medici – Chirurghi di _____

di essere iscritto all'“Elenco nazionale dei medici competenti in materia di tutela e sicurezza nei luoghi di lavoro” istituito presso il Ministero della Salute dell'art. 2 comma 2 del D.M. 4 Marzo 2009,

di essere iscritto all'Elenco nazionale dei medici autorizzati alla radioprotezione, istituito e aggiornato presso il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali ai sensi del D.Lgs. 17.3.1995 n.230 e s.m.i

di possedere un'esperienza di almeno 5 anni in attività proprie di medico competente e medico autorizzato presso strutture sanitarie, e precisamente
dal _____ al _____ presso _____
dal _____ al _____ presso _____
dal _____ al _____ presso _____

Di aver preso visione del bando e di essere a conoscenza che data, ora e sede dell'espletamento del colloquio saranno comunicate mediante pubblicazione sul sito Internet dell'Azienda <http://www.ausl.imola.bo.it> alla pagina Bandi di concorso e graduatorie/procedure in corso. Si invitano i candidati a visitare settimanalmente il sito dalla scadenza della procedura. La pubblicazione ha valore di notifica a tutti gli effetti e non saranno effettuate convocazioni individuali.

Alla fine della valutazione di merito il sottoscritto presenta:

- un curriculum formativo professionale redatto in carta semplice, datato e firmato**
- copia di documento di identità valido**

Per gli effetti dell'art.15 della legge 183/2011 (decertificazione) dichiaro che eventuali certificazioni allegate alla presente domanda rilasciate da PA corrispondono a stati/fatti/qualità relativi alla mia persona

data, _____ Firma in originale _____

(La mancata sottoscrizione in originale determina l'esclusione dalla procedura. La trasmissione della domanda tramite PEC equivale a sottoscrizione in originale – Circ. F.P. 2/2010)

N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento valido
Allegare documentazione iscrizione elenchi nazionali