

**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 _____

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'AUSL di Imola, con scadenza il 10.09.2018 per:

- n. 1 posto di Dirigente Medico – Chirurgia generale
- n. 1 posto di Dirigente Medico - Gastroenterologia
- n. 1 posto di Dirigente Medico - Oncologia

(barrare il profilo interessato)

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

che l'indirizzo al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente avviso è il seguente:

cognome e nome _____

via / n. / CAP _____

Comune _____ Telefono/Cellulare _____

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)

(indicare se congedato, riformato, esente ai sensi di L. 226/2004 .. ecc... ecc....)

di essere nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione: _____

LA DICHIARAZIONE DEVE ESSERE RESA SOLO PER I NATI ENTRO IL 31.12.1985

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

di essere in possesso della Laurea in Medicina e chirurgia conseguita il _____ presso l'Università degli Studi di _____

di essere in possesso del Diploma di Specializzazione in _____ conseguito il _____ presso l'Università degli Studi di _____

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

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 casella solo in caso di diritto)

di AVERE DIRITTO alla riserva dei posti, ovvero di avere diritto alla precedenza o a preferenza in caso di parità di punteggio per il seguente motivo:

_____ (allegare documentazione probatoria)

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 e disciplina oggetto della richiesta di stabilizzazione, successivamente alla data del 28/8/2015 ed entro il 31/12/2017 con contratto di lavoro a tempo determinato di tipo subordinato presso l'Azienda USL di Imola;

b) essere stato reclutato a tempo determinato, nella specifica disciplina 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'Azienda USL di Imola, ovvero presso Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale, almeno tre anni di servizio nella disciplina oggetto della richiesta di stabilizzazione, anche non continuativi, negli ultimi otto anni (dal 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.** (dichiarare anche i servizi presso AUSL di Imola)

Denominazione Azienda: _____

Profilo professionale: Dirigente Medico – disciplina _____

Tipologia contratto: _____
(tempo determinato, co.co.co., contratto libero professionale)

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

Interruzioni/sospensioni: _____
(es: aspettative senza assegni)

Denominazione Azienda: _____

Profilo professionale: Dirigente Medico – disciplina _____

Tipologia contratto: _____
(tempo determinato, co.co.co., contratto libero professionale)

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

Interruzioni/sospensioni: _____
(es: aspettative senza assegni)

Denominazione Azienda: _____

Profilo professionale: Dirigente Medico – disciplina _____

Tipologia contratto: _____
(tempo determinato, co.co.co., contratto libero professionale)

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

Interruzioni/sospensioni: _____
(es: aspettative senza assegni)

Denominazione Azienda: _____

Profilo professionale: Dirigente Medico – disciplina _____

Tipologia contratto: _____
(tempo determinato, co.co.co., contratto libero professionale)

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

Interruzioni/sospensioni: _____
(es: aspettative senza assegni)

Denominazione Azienda: _____

Profilo professionale: Dirigente Medico – disciplina _____

Tipologia contratto: _____
(tempo determinato, co.co.co., contratto libero professionale)

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

Interruzioni/sospensioni: _____
(es: aspettative senza assegni)

La sottoscrizione della presente domanda di partecipazione comporta la piena accettazione di quanto contenuto nell'avviso di cui all'oggetto.

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