



barrare una sola opzione	Di essere in possesso dell'attestato di Qualifica per Operatore Socio Sanitario conseguito dopo un corso di formazione della durata di un anno, conseguito in data _____ presso _____
---------------------------------	---

- (per i soli uomini)
 di essere nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione: _____
(indicare se congedato, riformato, esente ai sensi di L.226/04.... ecc..ecc..)

barrare una sola opzione	<input type="checkbox"/> di NON avere mai prestato servizio con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni; <input type="checkbox"/> di AVERE PRESTATO SERVIZIO con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni <i>(come risulta da documentazione o da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata)</i> <i>Indicare la cause di risoluzione</i> _____ <input type="checkbox"/> di PRESTARE SERVIZIO con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni <i>(come risulta da documentazione o da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata)</i> ;
---------------------------------	--

barrare la casella solo in caso di diritto	<input type="checkbox"/> di AVERE DIRITTO alla riserva di posti per il seguente motivo (es. L.68/99 -Tutela disabili, art.18 D.Lgvo 215/01 o art. 11 D.lgs.vo n.236/03 - volontario FFAA) : _____ <i>(allegare la documentazione probatoria)</i> <input type="checkbox"/> di AVERE DIRITTO alla preferenza in caso di parità di punteggio (art. 5 comma 3 punto 4) DPR 487/94 e s.m.i) per il seguente motivo: _____ <i>(allegare la documentazione probatoria)</i> ;
---	--

Il/la sottoscritto/a presenta un curriculum formativo e professionale datato e firmato. Tutti i documenti e titoli presentati sono indicati nell'allegato elenco in carta semplice.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che l'elenco dei candidati ammessi alla procedura sarà pubblicato sul sito Internet dell'Azienda '<http://www.montecatone.com>' **entro le ore 16 del 21/07/2017, con la indicazione del giorno e dell'orario previsti per la convocazione** per l'espletamento del colloquio che si svolgerà presso l'Aula Formazione, sita al 3° Piano dell'Ospedale di Montecatone R.I. SpA – Via Montecatone, 37 – 40026 Imola (BO).

Montecatone R.I. SpA si riserva comunque la facoltà di non procedere all'espletamento del colloquio in presenza di una sola richiesta di partecipazione.

L'Amministrazione si riserva la facoltà per legittimi motivi di revocare od annullare la presente procedura.

data, _____

Firma

(Firma in originale – La mancata sottoscrizione in originale determina l'esclusione dalla procedura)