



**AL PRESIDENTE E AMMINISTRATORE DELEGATO di MONTECATONE R.I. SpA**

Il/La sottoscritt/a	_____	
	<b>cognome</b>	<b>nome</b>
nato il	_____ a _____	Prov. _____
residente a	_____	Prov. _____ CAP. _____
Via	_____ n. _____	Tel. / e-mail _____

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alla Selezione Pubblica per titoli e prove d'esame, per la copertura definitiva di N. 1 posto nella posizione funzionale di Dirigente Medico – Disciplina Anestesia e Rianimazione indetto da Montecatone R.I. SpA con **scadenza il 09/07/2016**.

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:

\_\_\_\_\_

(specificare cognome – nome – via – cap – comune – telefono - tel. Cellulare - mail)

**(barrare le caselle corrispondenti alla scelta e compilare)**

- di essere in possesso della cittadinanza

(indicare nazionalità)

<b>barrare una sola opzione</b>	(per i cittadini italiani)
	<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	

<b>barrare una sola opzione</b>	<input type="checkbox"/> di NON AVERE riportato condanne penali
	<input type="checkbox"/> di AVERE riportato le seguenti condanne penali: _____ (indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale) _____

- di essere in possesso della **Laurea in Medicina e Chirurgia** conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_

barrare una sola opzione	Di essere in possesso del diploma di <b>specializzazione</b> _____ conseguito in data _____ presso l'Università di _____
	<input type="checkbox"/> CONSEGUITO ai sensi del D.Lgs n.257/91 o del D.Lgs n.368/99 – durata del corso anni _____
	<input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_ (provincia)
- (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 (come risulta da documentazione o da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata) <i>Indicare la causa di risoluzione</i> _____
	<input type="checkbox"/> 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);

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) : _____ (allegare la documentazione probatoria)
	<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: _____ (allegare la documentazione probatoria);

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che le prove d'esame si terranno presso l'Aula Formazione sita al 3° Piano dell'Ospedale di Montecatone R. I. SpA - Via Montecatone, 37 – Imola, il **13 luglio 2016 a partire dalle ore 9,00 e che nessuna ulteriore comunicazione sarà inviata relativamente all'espletamento delle suddette prove.**

**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.**

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

Firma

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