

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO DI SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO
DELL'INCARICO DI RESPONSABILE DELLA STRUTTURA COMPLESSA DENOMINATA
«LABORATORIO DI TECNOLOGIA MEDICA» NELL'AMBITO DEL DIPARTIMENTO PATOLOGIE
ORTOPEDICHE-TRAUMATOLOGICHE SPECIALISTICHE DELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____, residente in _____ via _____
cap. _____ città _____ telefono _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso per il conferimento dell'incarico di Responsabile della struttura complessa denominata «**Laboratorio di tecnologia medica**» nell'ambito del Dipartimento Patologie Ortopediche-Traumatologiche Specialistiche dell'Istituto Ortopedico Rizzoli.

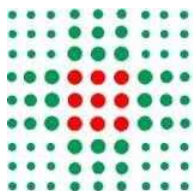
A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- 1) di essere dipendente a tempo indeterminato ovvero integrato presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli presso _____ nel profilo professionale di _____;
- 2) di avere la seguente esperienza professionale _____;
- 3) di essere in possesso del master o corso di formazione manageriale _____ conseguito il _____ presso _____;
- 4) di _____ (*aver ovvero non aver*) superato positivamente le verifiche previste dal CCNL relativamente allo svolgimento degli incarichi dirigenziali;
- 5) di svolgere attività presso _____ afferente al _____ dal _____;
- 6) di essere titolare dell'incarico di direzione di struttura complessa _____;
- 7) che il recapito al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura è il seguente _____;

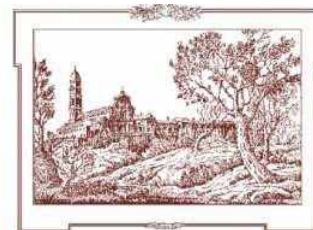
Al tal fine allega il proprio curriculum formativo e professionale, datato, firmato e redatto ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, nonché fotocopia del documento d'identità.

Data _____

FIRMA _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA**
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA D.P.R. n. 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
Nato/a a _____ il _____

dichiara

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che quanto dichiarato nel sotto riportato curriculum corrisponde a verità:

Data _____ FIRMA _____

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

=====

Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Giuridica del Personale - Via A. Gramsci n. 12 - 40121 Bologna

Attesto che la sottoscrizione delle dichiarazioni di cui sopra è stata apposta in mia presenza.

Bologna, _____