



**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE
ALL' AVVISO DI PROCEDURA SELETTIVA**

**PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DIRIGENZIALE DI STRUTTURA SEMPLICE
DENOMINATA "PATOLOGIE INFETTIVE OSSEE" (2° fascia) AFFERENTE ALLA S.C. CLINICA
ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA II NELL'AMBITO DEL DIPARTIMENTO PATOLOGIE
ORTOPEDICHE E TRAUMATOLOGICHE COMPLESSE**

**AL DIRETTORE DEL SERVIZIO UNICO METROPOLITANO
AMMINISTRAZIONE GIURIDICA DEL PERSONALE
Via Gramsci n. 12
40121 Bologna**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____
il _____, a _____, n. tel. _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all'Avviso interno per l'attribuzione dell'incarico dirigenziale di
Struttura Semplice denominata "PATOLOGIE INFETTIVE OSSEE" afferente alla S.C. Clinica
Ortopedica e Traumatologica II nell'ambito del Dipartimento Patologie Ortopediche e
Traumatologiche Complesse

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 in possesso dei seguenti requisiti previsti dall'Avviso:

- _____
- _____
- _____

2) di essere dipendente _____ nel profilo professionale di Dirigente

3) di essere dipendente con rapporto di lavoro a (scegliere una opzione):

tempo pieno

tempo parziale;

4) di essere disponibile alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno (per i dipendenti
attualmente a part-time);

5) di svolgere attività presso la SC _____ afferente
al Dipartimento _____

6) di avere superato positivamente verifiche previste dal contratto collettivo nazionale di lavoro;

7) che il recapito al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura è il seguente:

- indirizzo email aziendale: _____

- indirizzo email personale: _____

(può essere indicato il recapito email aziendale oppure quello personale)

Al fine della valutazione, il sottoscritto presenta scheda di sintesi del proprio curriculum formativo e professionale, debitamente datata e sottoscritta nonché fotocopia del documento d'identità.

Data, _____

Firma _____