

## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

AL DIRETTORE SUMAP – Via Gramsci, 12-stanza 41 -40121 BOLOGNA

Il/la sottoscritto/a.....

chiede di essere ammesso/a a partecipare all' AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO A TEMPO DETERMINATO, PER LA DURATA DI 24 MESI, DI "ESPERTO IN DISPOSITIVI MEDICI IMPIANTABILI CND P09", AI SENSI DELL'ART. 15 – OCTIES DEL D.LGS N. 502/92 E S.M.I., per l'attuazione del progetto:

"Tracciabilita' dei dispositivi medici impiantabili: implementazione di un percorso dalla codifica allo scarico amministrativo" per le esigenze del Servizio Farmacia dell'Istituto Ortopedico Rizzoli con scadenza

Allo scopo dichiara:

1) di essere nato/a il ..... a .....

2) di essere residente in .....

3) che ogni comunicazione gli/le deve essere fatta al seguente indirizzo (in stampatello)(indicare il codice postale):

.....  
tel. .... tel. cellulare..... indirizzo e-mail.....;

4) di essere in possesso della seguente cittadinanza: .....

(In base all'art.7 della legge 6.8.2013, n.97 possono accedere ai posti di lavoro presso le pubbliche amministrazioni:

-cittadini italiani - cittadini di uno dei paesi dell'Unione Europea e loro familiari non aventi la cittadinanza di uno stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente oppure cittadini di Paesi Terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria)

Nel caso di cittadini extracomunitari indicare tutti i requisiti di legge, in particolare per quanto riguarda lo status e gli estremi del permesso di soggiorno:.....

.....

Per i cittadini stranieri:

qdi avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana;

5)  di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di..... (*in caso di non iscrizione, indicarne i motivi*);

6)  di non aver mai riportato condanne penali

di aver riportato le seguenti condanne penali .....(da indicarsi anche se sia stato concesso indulto, amnistia, condono o perdono giudiziale);

7) di possedere i seguenti titoli di studio:

.....

8) (*solo per i concorrenti di sesso maschile*) di avere la seguente posizione nei confronti degli obblighi militari:

.....;

9) di avere (*oppure*: di non avere) prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni (*indicare qualifiche, Enti e date*) .....(*indicare le cause di eventuali interruzioni*);

.....  
.....  
**10)** di essere in possesso dei seguenti requisiti **specifici richiesti dal Bando** :

1. Laurea magistrale/specialistica/v.o. in Farmacia o equipollente: Laurea..... in .....conseguita il.....presso l'Università di.....
2. Documentata esperienza professionale maturata in ambito di:
  - Dispositivi Medici, in particolare sulla normativa di certificazione ai fini della commercializzazione, sul nuovo Regolamento europeo (UE) 2017/745 e sui dispositivi medici custom made:
  - Gestione di software di magazzino, in particolare della Gestione informatizzata dell'Area Amministrativa Contabile (GAAC) delle Aziende Sanitarie regionali dell'Emilia Romagna e di Digistat.

**11)** che quanto dichiarato nell'allegato curriculum vitae, ai sensi del DPR 445/2000 artt. 46 e 47, corrisponde a verità.

**12)** che le copie allegate, ai sensi del DPR 445/2000 art. 47, sono conformi agli originali in mio possesso (solo nel caso si alleghino fotocopie di documenti)

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

..... (data)



*firma (non è necessaria l'autenticazione)*

.....

**SI RICORDA DI ALLEGARE**

**- CURRICULUM VITAE AUTOCERTIFICATO**

**- DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO**