

AL DIRETTORE DEL
SERVIZIO UNICO METROPOLITANO
AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE
AZIENDA USL DI BOLOGNA
Via Gramsci n. 12
40121 Bologna

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ C.F. _____ residente in _____
via _____ telefono _____ chiede di essere ammesso all'avviso
pubblico di mobilità volontaria, per titoli e colloquio, ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs 30/3/2001 n. 165 e
successive modificazioni, per la copertura di un posto a tempo pieno e a tempo indeterminato per le
esigenze del Dipartimento Patologie Ortopediche-Traumatologiche Specialistiche dell'Istituto
Ortopedico Rizzoli nel profilo professionale di:

DIRIGENTE MEDICO DELLA DISCIPLINA DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
con specifiche competenze di Ortopedia Chirurgica Vertebrale

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n.
445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R.n. 445 per le ipotesi di
falsità in atti e dichiarazioni mendaci dichiara:

1. di essere in possesso della cittadinanza italiana (ovvero di essere in possesso del seguente
requisito sostitutivo della cittadinanza italiana _____) -
(cancellare l'espressione che non interessa);
2. di essere dipendente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e a tempo pieno in qualità di
Dirigente Medico della disciplina di **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA** dal _____
presso la seguente Pubblica Amministrazione _____
con sede legale in _____ Via _____ città
_____ nella struttura U.O.C _____
Dipartimento _____;
3. di aver superato il relativo periodo di prova nel profilo professionale e disciplina, di cui in oggetto;
4. di essere in possesso di idoneità fisica al posto ricoprire, senza alcuna limitazione e di non aver
inoltrato istanza alla propria amministrazione per il riconoscimento di inidoneità anche parziale
allo svolgimento delle predette funzioni;
5. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
(ovvero: di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente
motivo: _____) - (cancellare l'espressione che non
interessa);
6. di godere dei diritti civili e politici;
7. di non avere riportato condanne penali e di non avere conoscenza di procedimenti penali a
proprio carico (ovvero: di avere riportato le seguenti condanne penali - da indicarsi anche se sia
stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono
giudiziale: _____) - (cancellare l'espressione che non
interessa);
8. di non aver avuto sanzioni e procedimenti disciplinari ovvero di aver avuto i seguenti
procedimenti disciplinari _____;
9. di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego, ovvero licenziato da pubbliche
amministrazioni ovvero di essere _____;
10. di essere in possesso dei titoli e dei requisiti richiesti per la copertura del posto in oggetto;

11. di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici-chirurghi della provincia di _____ dal _____;
12. di aver conseguito il diploma di specializzazione in _____ il giorno _____ presso l'Università degli studi di _____
13. di avere le seguenti caratteristiche professionali:

14. di essere titolare dell'incarico _____ conferito dall'Azienda di appartenenza e di allegare i risultati finali delle valutazioni effettuate;
15. di avere preso visione del bando e di essere a conoscenza che il colloquio si svolgerà il giorno lunedì 6 novembre 2017 alle ore 9,00 presso "la sala Avec" situata al 3° piano della sede aziendale di Via Gramsci, 12 – Bologna;

Il sottoscritto chiede di ricevere ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura con la seguente modalità (**barrare una sola modalità**)

mediante posta elettronica certificata al seguente indirizzo:
_____;

mediante raccomandata A/R al seguente indirizzo :
Via _____ cap _____ Comune _____
_____ provincia (_____)
Telefono _____

Al fine della valutazione di merito, il sottoscritto presenta i documenti indicati nell'allegato elenco redatto in carta semplice ed un curriculum formativo e professionale datato e firmato e la fotocopia del documento di identità.

Data _____ Firma _____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 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 del Personale (SUMAP) - Via Gramsci, 12 - 40121 - BO

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

Bologna, li _____