

barrare una sola opzione	<input type="checkbox"/> di NON AVERE riportato condanne penali
	<input type="checkbox"/> di AVERE riportato le seguenti condanne penali: _____ (da 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 _____

di essere in possesso del diploma di **specializzazione** _____

barrare una sola opzione	<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

il _____ presso l'Università di _____

di essere iscritto all'**Albo dell'Ordine dei Medici – Chirurghi** della provincia di _____
(indicare la provincia)
dal _____

di essere nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione: _____

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 o 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); (indicare le cause di risoluzione dei rapporti di impiego) _____

barrare una sola opzione	<input type="checkbox"/> di NON ESSERE stato destituito o dispensato dall'impiego ovvero licenziato da pubbliche amministrazioni;
	<input type="checkbox"/> di ESSERE stato destituito o dispensato dall'impiego ovvero licenziato da pubbliche amministrazioni _____ (indicare il tipo di provvedimento)

barrare la casella solo in caso di diritto	<input type="checkbox"/> di AVERE DIRITTO alla riserva di posti, ovvero di avere diritto alla precedenza o a preferenza in caso di parità di punteggio per il seguente motivo: _____ (allegare la documentazione probatoria);
--	--

barrare la casella solo in caso di necessità	<input type="checkbox"/> di AVERE NECESSITÀ in quanto portatore di handicap ai sensi dell'art. 20 della L. 104/92 del seguente ausilio _____ (indicare il tipo di ausilio necessario) e dell'applicazione di eventuali tempi aggiuntivi.
--	--

Il/la sottoscritto/a presenta un curriculum formativo e professionale datato e firmato. Tutti i documenti e titoli presentati sono indicati nell'allegato elenco redatto in triplice copia, in carta semplice.

data, _____
Firma _____

a) la domanda e la documentazione ad essa allegata:

☞ devono essere inoltrate a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo: Servizio Unico Metropolitan Amministrazione del Personale (SUMAP) – UFFICIO CONCORSI, Via Gramsci N. 12, 40121 Bologna;

-
- ☞ ovvero trasmesse con Posta Elettronica Certificata PEC personale del candidato esclusivamente all'indirizzo concorsi@pec.aosp.bo.it. Il messaggio dovrà avere per oggetto: "Domanda di concorso di Dirigente Medico di Anestesia e Rianimazione di _____ (indicare cognome e nome)"
 - ☞ oppure devono essere consegnate presso Servizio Unico Metropolitan Amministrazione del Personale - UFFICIO CONCORSI, via Gramsci, 12, Bologna negli orari indicati nel bando.