

Al Direttore del Servizio Unico Metropolitan
Amministrazione del Personale
Via Gramsci n. 12
40121 Bologna

Il sottoscritto _____ nato a _____
_____ il _____ C.F. _____
residente in _____ via _____ telefono _____
_____ chiede di essere ammesso all'avviso pubblico per il conferimento dell'incarico di direttore della struttura complessa denominata «Malattie Rare Scheletriche» nell'ambito del Dipartimento Patologie Ortopediche-Traumatologiche Complesse 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 in possesso della cittadinanza _____;
- 2) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
(ovvero: di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo:
_____);
- 3) di _____ (*avere/non avere*) riportato condanne penali e di _____ (*essere o essere stato/non essere e non essere stato*) destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario Giudiziale o presso la Corte dei Conti ai sensi della vigente normativa (ovvero: di avere riportato le seguenti condanne penali - da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale: _____) ovvero di _____ (*essere/essere stato*) destinatario dei seguenti provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi _____;
- 4) di _____ (*essere / non essere*) stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni;
- 5) di possedere i seguenti titoli di studio:
 - diploma di laurea in _____ ordinamento (nuovo/vecchio) _____ classe (solo per lauree del nuovo ordinamento) _____ conseguita il _____ presso _____;
 - diploma di specializzazione in _____ conseguita il _____ presso _____;
- 6) di essere iscritto all'albo dell'ordine dei Medici-Chirurghi della provincia di _____;
- 7) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:

- 8) di avere prestato servizio con rapporto d'impiego presso pubbliche amministrazioni, come risulta dalla certificazione allegata alla domanda (indicare le cause di risoluzione dei rapporti d'impiego), ovvero di non avere mai prestato servizio con rapporto d'impiego presso pubbliche amministrazioni (cancellare l'espressione che non interessa);
- 9) di aver preso visione del fabbisogno della struttura;

10) nel caso di conferimento dell'incarico, il sottoscritto dichiara di _____ (*optare / non optare*) per il rapporto di lavoro esclusivo.

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 comunicazione formale al seguente indirizzo :
Via _____ cap _____ Comune _____
_____ provincia (_____)

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.

Data _____ Firma _____