

AL DIRETTORE DEL SERVIZIO UNICO
METROPOLITANO AMMINISTRAZIONE
DEL PERSONALE
VIA GRAMSCI 12 - BOLOGNA

Il sottoscritto _____ nato a _____
_____ il _____ e residente a _____
_____ in Via _____ Tel.n. _____

chiede di essere ammesso alla procedura comparativa per il conferimento di incarico professionale di **“Laureato in Medicina e Chirurgia specializzato in Ortopedia e Traumatologia con esperienza in chirurgia della caviglia, medicina sportiva ed utilizzo di cellule staminali in ambito della medicina rigenerativa”** per esigenze dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, sede di Bologna.

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) Il numero (UTENTE/USER NAME) _____ (numero attribuito dal sistema “Albo dei Collaboratori IOR” che viene automaticamente comunicato tramite e-mail a conferma del perfezionamento dell'iscrizione).
E' responsabilità del candidato, pena esclusione, verificare l'avvenuto completamento dell'iscrizione all'albo.
- 2) di essere in possesso della cittadinanza _____
i cittadini NON appartenenti all'UE dovranno dichiarare:
 di essere in regola con il permesso di soggiorno (allegare documentazione probatoria)
- 3) 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);
- 4) di non avere riportato condanne penali (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);
- 5) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:
 - _____
 - -Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso Università di _____ il _____
 - -Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia conseguito presso Università di _____ il _____
 - -Iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici-Chirurghi di.....
 - -Documentato curriculum formativo e professionale attestante l'esperienza in chirurgia della caviglia, medicina sportiva ed utilizzo di cellule staminali in ambito della medicina rigenerativa.
 - N. ECM ultimo triennio: _____
- 6) di **non** essere stato collocato in quiescenza. *(Ai sensi di quanto previsto dall'art. 5, comma 9 del D.L. 95/2012, convertito in Legge n° 135/2012, come modificato dall'art. 17, comma 3, della Legge 7.8.15, n. 124, non possono partecipare al presente bando soggetti già lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza)*

Data _____

Firma _____

(allegare fotocopia documento valido di riconoscimento)