

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 LIBERO PROFESSIONALE di \_Laureato in Medicina e Chirurgia con specializzazione in Medicina Interna e competenze specifiche in Medicina Rigenerativa. Approfondita conoscenza delle norme di Good Manufacturing Practice (GMP) e delle specifiche linee di guida del Centro Nazionale Trapianti cod. 640-22/2017 presso l'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) 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:

➤ Titolo di studio: \_\_\_\_\_ conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_

➤ Iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici-Chirurghi di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

➤ esperienza professionale \_\_\_\_\_ -

➤ 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)