

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
 Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
 Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI
 RESPONSABILE DELLA STRUTTURA SEMPLICE
UNITÀ OPERATIVA GESTIONE PREVIDENZIALE (SS)
 NELL'AMBITO DEL SERVIZIO UNICO METROPOLITANO
 AMMINISTRAZIONE ECONOMICA DEL PERSONALE (SUMAEP)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
 il _____, residente in _____ via _____
 cap. _____ città _____ telefono _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso per il conferimento dell'incarico di **Responsabile della struttura semplice Unità Operativa Gestione Previdenziale (SS)** nell'ambito del Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Economica del Personale (SUMAEP).

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:

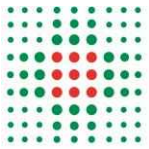
- 1) di essere dipendente a tempo indeterminato presso _____ nel profilo professionale di Dirigente Amministrativo;
- 2) di _____ (aver ovvero non aver) superato positivamente il periodo di prova nel profilo professionale di Dirigente Amministrativo;
- 3) di _____ (aver ovvero non aver) superato positivamente le verifiche previste dal CCNL relativamente allo svolgimento degli incarichi dirigenziali;
- 4) di svolgere attività presso la U.O. _____ afferente al Dipartimento/Distretto _____.
- 5) che il recapito al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura è il seguente _____

- 6) di avere preso visione del bando e di essere a conoscenza che il colloquio si terrà il giorno mercoledì 6 NOVEMBRE 2019 presso la Sala AVEC - terzo piano – via Gramsci n. 12 – Bologna e che l'orario di convocazione verrà pubblicato sul sito internet dell'Azienda USL di Bologna www.ausl.bologna.it, nella sezione Concorsi/Procedure in corso/ Avvisi per struttura semplice, a partire dal 30/10/2019.

Al tal fine allega il proprio curriculum formativo professionale, datato, firmato e redatto ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, nonché fotocopia del documento d'identità.

Data, _____

FIRMA _____



CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Nato/a a _____ il _____

dichiara

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che quanto dichiarato nel sotto riportato curriculum corrisponde a verità:

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 Giuridica del Personale
- Via Gramsci, 12 - 40121 Bologna

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

Bologna, li _____