

AL DIRETTORE DEL SERVIZIO UNICO  
METROPOLITANO AMMINISTRAZIONE  
GIURIDICA DEL PERSONALE  
Via Gramsci n. 12  
40121 Bologna

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) - telefono \_\_\_\_\_

### MANIFESTA

il proprio interesse all'inquadramento con contratto a tempo determinato, ai sensi della legge 27 dicembre 2017 n. 205 art. 1, commi 422-434, e art.10 del CCNL Comparto Sanità – sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del già citato D.P.R. 445/2000, essendo in possesso dei requisiti previsti dall'art. 1 comma 432 della legge 205 del 27 dicembre 2017 e successive modificazioni ed integrazioni,

### DICHIARA (barrare la casella di interesse)

la propria presenza in servizio alla data del 31/12/2017, presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli, con rapporto di lavoro flessibile instaurato a seguito di selezione pubblica e di avere maturato una anzianità di servizio di almeno 3 anni negli ultimi 5 (dal 1/1/2013 al 31/12/2017);

ovvero

la titolarità, alla data del 31/12/17, di una borsa di studio erogata dall'Istituto Ortopedico Rizzoli a seguito di procedura selettiva pubblica, e di essere stato titolare di borsa di studio di almeno 3 anni negli ultimi 5 anni (dal 1/1/2013 al 31/12/2017).

### Il/la sottoscritto/a (barrare la casella di interesse)

MANIFESTA

**NON MANIFESTA**

la disponibilità alla costituzione di un rapporto di lavoro a tempo determinato a **tempo parziale** (part-time)\*.

Il sottoscritto chiede di ricevere ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura, con la seguente modalità (barrare la casella di interesse):

mediante posta elettronica certificata PEC al seguente indirizzo \_\_\_\_\_;

mediante comunicazione formale al seguente indirizzo:  
via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

N.B.: Allegare copia del documento di identità, in corso di validità

\* Se il professionista manifesta la disponibilità alla costituzione di un rapporto di lavoro a tempo determinato a tempo parziale, deve allegare alla domanda il modulo allegato B).