

barrare una sola opzione	<input type="checkbox"/> di ESSERE iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (indicare Comune)
	<input type="checkbox"/> di NON ESSERE iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo: _____ (indicare motivo della non iscrizione)
	<i>I cittadini che sono in possesso del requisito sostitutivo della cittadinanza italiana (cittadinanza in Paese dell'Unione Europea), dovranno dichiarare</i>
<input type="checkbox"/> di non avere a proprio carico provvedimenti giudiziari che comportino nel Paese di origine o in Italia la perdita del diritto di voto	

barrare una sola opzione	<input type="checkbox"/> di NON AVERE riportato condanne penali o procedimenti penali pendenti a proprio carico
	<input type="checkbox"/> di AVERE riportato le seguenti condanne penali o procedimenti penali pendenti: _____ _____ (da indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale)

di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa concorsuale per l'assunzione nello specifico profilo e più specificatamente:

di essere in possesso del seguente titolo di studio _____

(indicare titolo di studio – per i titoli universitari indicare anche la classe di laurea)

conseguito il _____

presso Università di _____

oppure presso l'Istituto _____

barrare	<input type="checkbox"/> di NON ESSERE stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni ovvero licenziato a decorrere dal 2.9.1995 (data di entrata in vigore del primo C.C.N.L. del personale del comparto Sanità)
----------------	--

barrare la casella solo in caso di diritto	<input type="checkbox"/> di AVERE DIRITTO alla preferenza in caso di parità di punteggio per il seguente motivo _____ _____
---	--

barrare la casella	<input type="checkbox"/> di NON ESSERE DIPENDENTE presso una Pubblica Amministrazione con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato nel profilo equivalente a quello del presente avviso o superiore;
---------------------------	--

di essere in possesso **di tutti** i seguenti requisiti **specifici richiesti dall'avviso**:

- a) Essere stato in servizio, nel profilo oggetto della richiesta di stabilizzazione, successivamente alla data del 28/8/2015 con contratto di lavoro a tempo determinato di tipo subordinato presso l'Azienda USL di Imola;
- b) Essere stato reclutato a tempo determinato, nel profilo oggetto della richiesta di stabilizzazione, attingendo da una graduatoria, a tempo determinato o a tempo indeterminato riferita ad una procedura concorsuale ordinaria, per esami e/o titoli, ovvero prevista in una normativa di legge, procedura anche espletata presso amministrazioni pubbliche diverse da quella che procede all'assunzione;
- c) Aver maturato o di maturare, al 31 dicembre 2020, alle dipendenze dell'Azienda USL di Imola, ovvero presso Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale, almeno tre anni di servizio, nel profilo oggetto della richiesta di stabilizzazione, anche non continuativi, negli ultimi otto anni (da 01.01.2013 al 31.12.2020).

Il requisito dei tre anni di lavoro negli ultimi otto può essere stato maturato presso diverse amministrazioni del SSN.

I servizi utili da conteggiare ricomprendono tutti i rapporti di lavoro, anche se prestati con diverse tipologie di contratto flessibile di cui all'art. 7 c. 6 D. Lgs. 165/2001 e smi, purché relative ad attività svolte o riconducibili al medesimo profilo a selezione.

Ai fini della ammissione alla procedura e della formulazione della graduatoria dichiaro di avere prestato i seguenti servizi presso le **Aziende e gli Enti del S.S.N.** (compreso presso l'Azienda USL di Imola) **SOLO A DECORRERE DAL 01/01/2013**

Denominazione Azienda: _____ Regione: _____

Profilo professionale-qualifica: _____

Tipologia di contratto (es. tempo determinato, co.co.co. contratto libero professionale): _____

Periodo esatto: dal ____/____/____ al ____/____/____ (indicare gg/mm/anno)

Interruzione/sospensione (es. aspettativa) dal ____/____/____ al ____/____/____ (indicare gg/mm/anno)

Denominazione Azienda: _____ Regione: _____

Profilo professionale-qualifica: _____

Tipologia di contratto (es. tempo determinato, co.co.co. contratto libero professionale): _____

Periodo esatto: dal ____/____/____ al ____/____/____ (indicare gg/mm/anno)

Interruzione/sospensione (es. aspettativa) dal ____/____/____ al ____/____/____ (indicare gg/mm/anno)

Denominazione Azienda: _____ Regione: _____

Profilo professionale-qualifica: _____

Tipologia di contratto (es. tempo determinato, co.co.co. contratto libero professionale): _____

Periodo esatto: dal ____/____/____ al ____/____/____ (indicare gg/mm/anno)

Interruzione/sospensione (es. aspettativa) dal ____/____/____ al ____/____/____ (indicare gg/mm/anno)

EVENTUALI ULTERIORI servizi presso **Aziende e gli Enti del S.S.N.** sono da descriversi come sopra.

La sottoscrizione della presente domanda di partecipazione comporta la piena accettazione di quanto contenuto nel Bando di Avviso di cui all'oggetto.

ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO

data, _____

Firma
