

**AL DIRETTORE  
DEL SUMAP**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_,  
in riferimento alla nota prot. n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, dichiaro la mia disponibilità a partecipare alla procedura per il conferimento dell'incarico dirigenziale di **“Responsabile del Programma Chirurgia funzionale del piede e dell'arto inferiore nelle lesioni midollari”**.

A tal fine dichiaro:

1. di essere titolare presso l'Azienda USL di Imola di un posto a tempo indeterminato della posizione funzionale di Dirigente Medico - disciplina di Ortopedia e Traumatologia;
2. di essere in possesso di un'anzianità di servizio continuativa di cinque anni maturata in qualità di Dirigente a tempo indeterminato o determinato nell'ambito del S.S.N. nella disciplina di Ortopedia e Traumatologia o disciplina equipollente
3. di appartenere all'Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia.

Ad integrazione dell'autocertificazione relativa alle esperienze professionali e formative, allego i seguenti titoli:

-  
-  
-

\_\_\_\_\_ (luogo), \_\_\_\_\_ (data)

\_\_\_\_\_  
(Firma in originale)

(La trasmissione della domanda tramite PEC equivale a  
sottoscrizione in originale – Circ. F.P. 2/2010)