



Ospedale di riabilitazione

- c) di avere esperienza quinquennale e/o superiore nell'ambito specifico della Qualità in Sanità dal _____ al _____ presso _____
- (per i soli uomini)
di essere nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione: _____
(indicare se congedato, riformato, esente ai sensi di L.226/04.... ecc..ecc..)

barrare una sola opzione	<input type="checkbox"/> di NON avere mai prestato servizio con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni; <input type="checkbox"/> di AVERE PRESTATO SERVIZIO con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni (come risulta da documentazione o da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata) <i>Indicare la cause di risoluzione</i> _____ <input type="checkbox"/> di PRESTARE SERVIZIO con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni (come risulta da documentazione o da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata);
--------------------------	---

barrare la casella solo in caso di diritto	<input type="checkbox"/> di AVERE DIRITTO alla riserva di posti per il seguente motivo (es. L.68/99 -Tutela disabili, art.18 D.Lgvo 215/01 o art. 11 D.lgs.vo n.236/03 - volontario FFAA) : _____ (allegare la documentazione probatoria) <input type="checkbox"/> di AVERE DIRITTO alla preferenza in caso di parità di punteggio (art. 5 comma 3 punto 4) DPR 487/94 e s.m.i) per il seguente motivo: _____ (allegare la documentazione probatoria);
--	---

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che il colloquio si terrà presso la sede di Montecatone R. I. SpA - Via Montecatone, 37 – Imola, il ~~20 maggio 2016~~ **20 maggio 2016 a partire dalle ore 9,00 e che nessuna ulteriore comunicazione sarà inviata relativamente all'espletamento delle suddette prove.**

Il/la sottoscritto/a presenta un curriculum formativo e professionale datato e firmato. Tutti i documenti e titoli presentati sono indicati nell'allegato elenco in carta semplice.

data, _____

Firma

(Firma in originale – La mancata sottoscrizione in originale determina l'esclusione dalla procedura)