



AL DIRETTORE GENERALE di MONTECATONE R.I. SpA

Il/La sottoscritt/a _____	_____	_____
	cognome	nome
nato il _____ a _____		Prov. _____
residente a _____		Prov. _____ CAP. _____
Via _____	n. _____	tel _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura comparativa per il **Conferimento di n. 1 incarico libero professionale a Laureato in Medicina e Chirurgia con specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitazione** indetto da Montecatone R.I. SpA con scadenza **il 26/02/2013**.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

(consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del D.P.R.445 del 28.12.2000 e accertati dall'Azienda USL in sede di controllo verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera)

- che l'indirizzo al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura è il seguente:

(specificare cognome – nome – via – cap – comune – telefono - tel. Cellulare – indirizzo e mail)

(barrare le caselle corrispondenti alla scelta e compilare)

- di essere in possesso della cittadinanza _____

(indicare nazionalità)



barrare una sola opzione	(per i cittadini italiani)
	<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
	<input type="checkbox"/> di AVERE riportato le seguenti condanne penali: _____ (indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale)

di essere in possesso del diploma di **Laurea in Medicina e Chirurgia** conseguito il _____ presso l'Università di _____

barrare una sola opzione	Di essere in possesso del diploma di specializzazione _____ conseguito in data _____ presso l'Università di _____
	<input type="checkbox"/> CONSEGUITO ai sensi del D.Lgs n.257/91 o del D.Lgs n.368/99 – durata del corso anni _____
	<input type="checkbox"/> NON CONSEGUITO ai sensi del D.Lgs n.257/91 o del D.Lgs n.368/99

di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici – chirurghi di _____ (provincia)

di NON avere mai prestato servizio con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni;

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)
Indicare la cause di risoluzione _____

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);



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Istituto di Montecatone

Ospedale di riabilitazione

MONTECATONE
REHABILITATION INSTITUTE S.p.A.

Dichiaro di essere a conoscenza che il colloquio si espletterà presso l'Ospedale di Montecatone R.I. Spa **venerdì 01/03/2013 alle ore 11;30.**

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)

