

AL PRESIDENTE E AMMINISTRATORE DELEGATO DI MONTECATONE R.I. SpA

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

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO ALLA

PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 (UN) INCARICO LIBERO PROFESSIONALE A LAUREATO IN MEDICINA E CHIRURGIA CON SPECIALIZZAZIONE IN CHIRURGIA PLASTICA E CON ESPERIENZA IN CHIRURGIA DELLE LESIONI DA PRESSIONE IN PAZIENTI CON LESIONI SPINALI PRESSO MONTECATONE R. I. S.P.A. - N. DI PROT. 2542 DEL GIORNO 04/11/2016 DATA DI PUBBLICAZIONE 07/11/2016 – DATA DI VALIDITÀ DAL 08/11/2016 – SCADENZA 22/11/2016.

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 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, **a tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:**

(barrare le caselle corrispondenti alla scelta e compilare)

che l'indirizzo al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente avviso è il seguente: _____

(specificare cognome – nome – via – cap - comune-telefono- tel. Cellulare - MAIL)

di essere in possesso della cittadinanza _____
(indicare nazionalità)

barrare una sola opzione	<p><i>(per i cittadini italiani)</i></p> <p><input type="checkbox"/> di ESSERE iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ <i>(indicare Comune)</i></p> <p><input type="checkbox"/> di NON ESSERE iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo: _____ <i>(indicare motivo della non iscrizione)</i></p> <p><i>I cittadini che sono in possesso del requisito sostitutivo della cittadinanza italiana (cittadinanza in Paese dell'Unione Europea), dovranno dichiarare</i></p> <p><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</p>
---------------------------------	---

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

di essere in possesso della Laurea in MEDICINA e CHIRURGIA conseguita il _____ PRESSO L'UNIVERSITA' DI _____

- di essere in possesso del diploma di Specializzazione in _____
conseguito il _____ presso _____
- di essere iscritto all'ALBO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI della Provincia di _____

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	<input type="checkbox"/> di AVERE NECESSITA' in quanto portatore di handicap ai sensi dell'art. 20 della Legge 104/92 del seguente ausilio _____ e dell'applicazione di eventuali tempi aggiuntivi (allegare la documentazione probatoria).
------------------------------------	---

Il/la sottoscritto/a presenta:

- un curriculum formativo e professionale datato e firmato
- fotocopia della carta d'identità

Tutti i documenti e titoli presentati sono indicati nell'allegato elenco in carta semplice.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che il colloquio si terrà presso **la Sala Riunioni della Direzione posta al Piano Terra** di Montecatone R. I. SpA - Via Montecatone, 37 – Imola, **il 15 dicembre 2016 a partire dalle ore 09.00** e che nessuna ulteriore comunicazione sarà inviata relativamente all'espletamento della prova (colloquio).

Luogo, _____ data _____

Firma

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