

AL DIRETTORE GENERALE DI MONTECATONE R.I. Spa

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
Cognome Nome

Nato/a il ____/____/____ a _____ Prov. _____

CODICE FISCALE

residente a _____ Prov. _____ C.A.P. _____

via _____ n. _____

domiciliato/a a _____ Prov. _____ C.A.P. _____

via _____ n. _____

indirizzo e-mail personale _____

indirizzo e-mail posta certificata _____

Telefono cellulare _____

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO/A ALL' AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA PER FUTURE NECESSITA' DI ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO PROFILO COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO LOGOPEDISTA

CCNL di riferimento: CCNL di riferimento Don Gnocchi Sanità Privata, Personale Comparto e Contratto Integrativo Aziendale 18/12/2012 posizione D - PUBBLICATO 29/03/2019 SCADENTE IL 14/04/2019 ORE 14;00

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:**

di ESSERE in possesso della cittadinanza _____
(indicare la nazionalità)

(per i cittadini italiani)

di ESSERE iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
(indicare il Comune)

di NON ESSERE iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo _____
(indicare il motivo della non iscrizione)

I cittadini che sono in possesso del requisito sostitutivo della cittadinanza italiana (cittadinanza in Paese dell'Unione Europea), dovranno dichiarare

di non avere a proprio carico provvedimenti giudiziari che comportino nel Paese di origine o in Italia la perdita del diritto di voto

di NON AVERE riportato condanne penale

di AVERE RIPORTATO le seguenti condanne penali: _____
(indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale)

(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...)

di ESSERE in possesso del seguente titolo richiesto per l'ammissione: _____

Conseguito il ____ / ____ / ____ presso _____

di NON avere mai prestatato 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 le 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)

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 presenta:

- sotto forma di autocertificazione un curriculum formativo e professionale datato e firmato,
- fotocopia della carta d'identità

Il/la sottoscritto/a è consapevole che:

- l'elenco dei candidati ammessi al colloquio, saranno pubblicati entro le ore 11.00 del **giorno 15/04/2019** sul sito internet 'www.montecatone.com' nella sezione "Bandi di concorso/concorsi/comunicazione e diario prove".
- gli aspiranti in possesso dei requisiti di ammissione sono fin da ora convocati all'espletamento della prova che verterà su argomenti attinenti la disciplina oggetto della selezione e sarà finalizzata alla valutazione del livello di competenza ed esperienza professionale acquisita, con particolare riferimento alla capacità di valutare e trattare pazienti adulti affetti da esiti di patologia neurologica;
- la prova consisterà in un breve colloquio e si svolgerà a partire **dalla giornata di martedì 16/04/2019 alle ore 8.30 fino alle 18.30** presso la sala Formazione posta al 3° piano dell'Ospedale di Montecatone, via Montecatone n. 37 40026 Imola (Bologna).

data

Firma

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