Avvertenze per i concorrenti **SEZIONE A.**

1) La domanda e la documentazione devono essere presentate **esclusivamente** nel seguente modo:
   - spedite a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento a: Istituto Ortopedico Rizzoli, Settore Reclutamento e Verifica Comparto - Assunzioni - Dotazione organica, Via di Barbiano n. 1/10, 40136 Bologna
   IN ALTERNATIVA
   - le domande potranno essere inviate**, unicamente in formato .pdf**, al seguente indirizzo di posta elettronica certifica **PEC** dell'Istituto Ortopedico Rizzoli: concorsi@pec.ior.it
   Si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di casella di posta elettronica certificata (PEC) personale.
   Non sarà, pertanto, ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata alla PEC Aziendale.

2) **ATTENZIONE:** AI FINI DELLA VALUTAZIONE DEI TITOLI **OLTRE ALLA COMPILAZIONE DELLA SOTTOELENCATA DOMANDA E' OBBLIGATORIO COMPILARE LA SUCCESSIVA SCHEDA CURRICULUM ALLEGATA** GIA' PREDISPOSTA IN AUTOCERTIFICAZIONE.
   NON OCCORRE ALLEGARE ULTERIORE DOCUMENTAZIONE AD ECCEZIONE DELLA **COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO** (OBBLIGATORIO) ED EVENTUALI PUBBLICAZIONI

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

AL DIRETTORE GENERALE DELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI - BOLOGNA

Il/la sottoscritto/a…… chiede di essere ammesso/a a partecipare all'Avviso Pubblico per soli titoli per la copertura di n.1 posto di Collaboratore Professionale Sanitario - Infermiere (cat.D), dell'Istituto Ortopedico Rizzoli presso la sede di Bologna e di Bagheria (Pa).

con scadenza ……..

Allo scopo dichiara:

1) di essere nato/a il …… a …….. ;
2) di essere residente in …….
   …….……;
3) che ogni comunicazione gli/le deve essere fatta al seguente indirizzo *(in stampatello)(indicare il codice postale)*:

……
……
tel. ……tel. cellulare…….……indirizzo e-mail……..……...……;
4) di essere in possesso della seguente cittadinanza:_____
(In base all'art.7 della legge 6.8.2013, n.97 possono accedere ai posti di lavoro presso le pubbliche amministrazioni:
-cittadini italiani - cittadini di uno dei paesi dell'Unione Europea e loro familiari non aventi la cittadinanza di uno stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente oppure cittadini di Paesi Terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria)

Nel caso di cittadini extracomunitari indicare tutti i requisiti di legge, in particolare per quanto riguarda lo status e gli estremi del permesso di soggiorno:..……...
……
……

Per i cittadini stranieri:

θdi avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana;

5) θdi essere iscritto nelle liste elettorali del comune di…….. (*in caso di non iscrizione, indicarne i motivi*);

6) θdi non aver mai riportato condanne penali
θdi aver riportato le seguenti condanne penali:

…….
(*da indicarsi anche se sia stato concesso indulto, amnistia, condono o perdono giudiziale*);

7) di possedere i seguenti titoli di studio:
……...
……
……..;

8) (*solo per i concorrenti di sesso maschile*) di avere la seguente posizione nei confronti degli obblighi militari:
……..;

9) di avere (*oppure:* di non avere) prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni (*indicare qualifiche, Enti e date*) …..(*indicare le cause di eventuali interruzioni*);

……
……
……

10) di essere in possesso dei seguenti **requisiti specifici richiesti dal Bando**:

Titolo di studio:……

……..

Albo Professionale:…….

di avere n. ….. figli a carico;

11) (*ove sussista il caso*) di essere (o di essere stato) dipendente dell'Istituto Ortopedico Rizzoli (*Nota: solo in presenza di questa dichiarazione – BENE EVIDENZIATA – l'Amministrazione provvederà a compilare il certificato di servizio da allegare alla domanda*);

12) di essere in possesso dei seguenti titoli preferenziali da valere in caso di parità di punteggio: ……

,……..……... (*data*)

FIRMA *(non è necessaria l'autenticazione)*

……..

SI RICORDA DI PROSEGUIRE LA COMPILAZIONE DELLA SUCCESSIVA SCHEDA CURRICULUM (SEZIONE B.) E ALLEGARE LA SOLA COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO.

SEZIONE B.

SCHEDA CURRICULUM
AUTOCERTIFICAZIONE - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(DPR 28 dicembre 2000 n. 445, artt. 46 e 47)

Io sottoscritto/a_____, nato/a a _____

il _____ residente a _____in _____

-consapevole che l'Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati,
-consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA':

- che le copie allegate sono conformi agli originali in mio possesso;

- di possedere i seguenti requisiti specifici di ammissione:

titolo di studio:	
conseguito il	presso l'Università
Iscrizione all'Albo di	al n.

- di essere in possesso dei seguenti titoli:

spazio riservato all'Ufficio

TITOLI DI CARRIERA

Servizi esclusivamente svolti in qualità di dipendente diretto di Pubbliche Amministrazioni o Case di cura private solo se convenzionate o accreditate ATTINENTI AL POSTO MESSO A BANDO.

Elencare i titoli di studio ad esclusione del diploma abilitante valido come requisito di ammissione	***data di assunzione***	***data di cessazione***	***qualifica esatta*** (specificare inoltre se a tempo pieno o tempo parziale)
Ente			

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI

Elencare i singoli titoli degli articoli o pubblicazioni e gli estremi della rivista allegando copia degli articoli o delle pubblicazioni

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Inserire dettagliatamente l'elenco dei corsi formativi professionali o di aggiornamento attinenti, specificando se seguiti da esame finale o con crediti ECM, frequentati **dopo** il diploma di Infermiere

ENTE	*Titolo del corso*	*Durata gg/mesi*	*SI o NO esame finale*

DOCENZE: Solo su materie attinenti e solo se svolte presso Pubbliche Amministrazioni
Ente ***materia*** ***ore***

<u>segue CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE</u> ALTRE ESPERIENZE LAVORATIVE, ATTIVITÀ E CORSI, <u>attinenti alla funzione da ricoprire</u> Per eventuali SERVIZI PRIVATI (comprese collaborazioni o incarichi libero professionali), indicare denominazione Azienda, qualifica esatta, data di inizio e fine e il numero di ore settimanali (se previsto)

TOTALE

,

Letto, confermato e sottoscritto **IL DICHIARANTE** _____

(N.B. ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO)