

**AL DIRETTORE GENERALE  
DELL'AZIENDA U.S.L. DI IMOLA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ - telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso alla procedura comparativa per il conferimento di n. 1 incarico libero professionale, della durata di anni uno, eventualmente rinnovabile fino alla concorrenza massima di anni due, destinato a medico con specializzazione in Neurologia indetta dall'Azienda U.S.L. di Imola con scadenza il \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara:

- 1) di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_;
- 2) di essere in regola con le vigenti norme in materia di soggiorno nel territorio italiano (per i soli cittadini non appartenenti all'Unione Europea);
- 3) di godere dei diritti civili e politici;
- 4) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- 5) non essere sottoposto a procedimenti penali, per quanto a sua conoscenza;
- 6) di essere in possesso:
  - a) del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguita in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
  - b) del diploma di specializzazione in Neurologia conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
  - c) di essere iscritto all'albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi della provincia di \_\_\_\_\_;
- 7) che l'indirizzo al quale deve essergli fatta ogni comunicazione è il seguente \_\_\_\_\_ - telefono \_\_\_\_\_.
- 8) di aver preso visione dell'avviso e di essere a conoscenza delle modalità e tempi di espletamento del colloquio nonché delle disposizioni in merito alle polizze assicurative.

Al fine della valutazione di merito, il sottoscritto presenta:

- un curriculum formativo e professionale redatto in carta semplice, datato e firmato
- copia di documento di identità valido.

Per gli effetti dell'art.15 della legge 183/2011 (decertificazione) dichiaro che eventuali certificazioni allegate alla presente domanda rilasciate da PA corrispondono a stati/fatti/qualità relativi alla mia persona

data, \_\_\_\_\_ Firma in originale \_\_\_\_\_

*( La mancata sottoscrizione in originale determina l'esclusione dalla procedura. La trasmissione della domanda tramite PEC equivale a sottoscrizione in originale – Circ. F.P. 2/2010)*