

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

**CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI,  
RISERVATO AI SOGGETTI IN POSSESSO DEI REQUISITI DI CUI ALL'ART. 20 COMMA 2 DEL D.LGS.75/2017,  
PER LA STABILIZZAZIONE DI N. 2 POSIZIONI DEL PROFILO PROFESSIONALE DI:  
DIRIGENTE MEDICO – DISCIPLINA: REUMATOLOGIA  
PRESSO L'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI**

AL DIRETTORE GENERALE  
DELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI  
presso SERVIZIO UNICO METROPOLITANO AMMINISTRAZIONE GIURIDICA DEL PERSONALE  
VIA GRAMSCI N. 12 – 40121 - BOLOGNA

Il/La  
sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Indirizzo  
indirizzo @ \_\_\_\_\_ @pec \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare al Concorso Pubblico per titoli ed esami **RISERVATO** agli aventi diritto di cui all'art. 20 comma 2 del D.Lgs. 75/2017, per la copertura di \_\_\_\_\_ posti a tempo indeterminato del seguente profilo:

**DIRIGENTE MEDICO – DISCIPLINA: REUMATOLOGIA**, con scadenza il \_\_\_\_\_ presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli

**AUTOCERTIFICAZIONE ai sensi DPR 28.12.00 n. 445**

**DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ**, consapevole delle sanzioni penali e civili in cui posso incorrere in caso di false dichiarazioni, quanto segue

**(barrare le caselle corrispondenti alla scelta e compilare)**

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 **oppure indirizzo@pec**)

di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_  
(indicare nazionalità)

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:

di avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana

- di possedere un'età non superiore al limite massimo previsto dall'ordinamento vigente per il collocamento a riposo d'ufficio;

barrare una sola opzione

di ESSERE iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_  
(indicare Comune)

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

**I cittadini NON italiani di Paesi U.E o di Paesi EXTRA U.E., 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

barrare una sola opzione

di NON AVERE riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti

di AVERE riportato le seguenti condanne penali o procedimenti penali pendenti:  
\_\_\_\_\_  
(da indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale)

di scegliere la seguente lingua straniera: \_\_\_\_\_  
(da indicare la lingua prescelta tra quelle previste nel bando di concorso)

- di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa concorsuale per l'assunzione nello specifico profilo e più specificatamente

barrare l'opzione e compilare

Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Diploma di Specializzazione in: \_\_\_\_\_  
conseguita il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Iscrizione all'Albo professionale dell'Ordine dei Medici-Chirurghi di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_



di essere in possesso di **TUTTI** i seguenti requisiti **specifici richiesti dal Bando**  
**(in mancanza anche di un solo requisito non è possibile la partecipazione)**

a) **Essere stato titolare di un contratto di lavoro flessibile** ((contratti di lavoro subordinato a tempo determinato, collaborazioni coordinate e continuative, contratti di lavoro autonomo), **successivamente alla data del 28/8/2015** (data di entrata in vigore della legge 124/2015) **ed entro il 31/12/2017 presso l' ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI. Il rapporto di lavoro si intende relativo ad attività svolte o riconducibili alla medesima area o categoria professionale del profilo oggetto della stabilizzazione.**

b) **Aver maturato nel periodo dal 1.1.2010 al 31.12.2017**, presso Aziende o Enti del SSN, almeno tre anni di servizio anche non continuativi, e anche con diverse tipologie di **contratti flessibili** (contratti di lavoro subordinato a tempo determinato, collaborazioni coordinate e continuative, contratti di lavoro autonomo) **Il rapporto di lavoro si intende relativo ad attività svolte o riconducibili alla medesima area o categoria professionale del profilo oggetto della stabilizzazione**; a questo fine si tiene conto degli elementi desumibili dall'oggetto del contratto e della professionalità del collaboratore.

Tra i contratti di lavoro flessibile non è utile alla maturazione del requisito il contratto di somministrazione (cd. contratto interinale).

*Ai sensi dell'art. 20 comma 11 del D.Lgs. 75/2017, per il personale medico, il periodo di tre anni di lavoro negli ultimi otto anni può essere stato prestato presso diverse amministrazioni del Servizio sanitario nazionale o presso diversi enti e istituzioni di ricerca.*

Ai fini della ammissione alla procedura e della formulazione della graduatoria dichiaro di essere stato titolare di **contratto di lavoro flessibile** presso le **Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale** (compreso presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli), come di seguito indicato:

**Denominazione Azienda/Ente SSN:** \_\_\_\_\_

**Profilo professionale-qualifica/professionalità:** \_\_\_\_\_

**Tipologia di contratto** (es. tempo determinato, co.co.co. contratto libero professionale): \_\_\_\_\_

**Oggetto del contratto:** \_\_\_\_\_

**Periodo esatto:** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (indicare gg/mm/anno)

**Interruzione/sospensione** (es. aspettativa) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (indicare gg/mm/anno)

**Denominazione Azienda/Ente SSN:** \_\_\_\_\_

**Profilo professionale-qualifica/professionalità:** \_\_\_\_\_

**Tipologia di contratto** (es. tempo determinato, co.co.co. contratto libero professionale): \_\_\_\_\_

**Oggetto del contratto:** \_\_\_\_\_

**Periodo esatto:** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (indicare gg/mm/anno)

**Interruzione/sospensione** (es. aspettativa) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (indicare gg/mm/anno)

**Denominazione Azienda/Ente SSN:** \_\_\_\_\_

**Profilo professionale-qualifica/professionalità:** \_\_\_\_\_

**Tipologia di contratto** (es. tempo determinato, co.co.co. contratto libero professionale): \_\_\_\_\_

**Oggetto del contratto:** \_\_\_\_\_

**Periodo esatto:** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (indicare gg/mm/anno)

**Interruzione/sospensione** (es. aspettativa) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (indicare gg/mm/anno)

**Denominazione Azienda/Ente SSN:** \_\_\_\_\_

**Profilo professionale-qualifica/professionalità:** \_\_\_\_\_

**Tipologia di contratto** (es. tempo determinato, co.co.co. contratto libero professionale): \_\_\_\_\_

**Oggetto del contratto:** \_\_\_\_\_

**Periodo esatto:** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (indicare gg/mm/anno)

**Interruzione/sospensione** (es. aspettativa) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (indicare gg/mm/anno)

Spazio per EVENTUALI ULTERIORI servizi presso **Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale** da descriversi come sopra :

---

---

<b>barrare</b>	<input type="checkbox"/> di NON ESSERE stato destituito ovvero licenziato da pubbliche amministrazioni a decorrere dal 2.9.1995 (data di entrata in vigore del primo C.C.N.L. del personale del comparto Sanità);
----------------	---

<b>barrare la casella solo in caso di diritto</b>	<input type="checkbox"/> di AVERE DIRITTO alla riserva di posti, ovvero di avere diritto alla precedenza o a preferenza in caso di parità di punteggio per il seguente motivo: _____ (allegare la documentazione probatoria);
---	--

<b>barrare la casella</b>	<input type="checkbox"/> di NON ESSERE DIPENDENTE presso una Pubblica Amministrazione con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato nel profilo equivalente a quello del presente concorso o superiore;
---------------------------	--

La sottoscrizione della presente domanda di partecipazione comporta la piena accettazione di quanto contenuto nel Bando di Concorso di cui all'oggetto.

Il sottoscritto dichiara ai sensi del DPR 445/00 che quanto dichiarato nel curriculum allegato corrisponde a verità e che le copie allegate sono conformi all'originale. Al fine della valutazione di merito, il sottoscritto presenta i documenti indicati nell'allegato elenco redatto in carta semplice ed un curriculum formativo e professionale.

**ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO**

data, \_\_\_\_\_

Firma

---