FAC-SIMILE DOMANDA

Ferrara, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OGGETTO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (TITOLO DELL’AVVISO)

**Al Commissario Straordinario**

**Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara**

**Via Aldo Moro, 8 – Cona, Ferrara**

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dipendente presso l’Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in posizione funzionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

con la presente, di partecipare all’avviso di selezione interna indetto con determina n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per il conferimento dell’incarico di Struttura Semplice denominato:

**UOS Riabilitazione Malattie Neurodegenerative**

collocato funzionalmente all’interno della UOC Medicina Riabilitativa (AOU) del Dipartimento ad Attività Integrata (DAI) Neuroscienze.

A tal scopo dichiara di essere in possesso dei requisiti previsti dal bando per la partecipazione all’avviso di selezione interna in oggetto.

Allego alla presente il curriculum vitae datato e firmato in forma di dichiarazione sostitutiva (art. 46 e 47 del DPR 445/2000).

Distinti saluti.

Dr. /Dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma)