

## MODULO DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE REQUISITI PREFERENZIALI

**AL DIRETTORE DEL  
SERVIZIO UNICO METROPOLITANO  
AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE  
VIA GRAMSCI, 12 40121 BOLOGNA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

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

### **CHIEDE**

di essere ammesso/a alla selezione per l'assegnazione di n. 1 borsa di studio finalizzata ad attività di studio e di ricerca nell'ambito del progetto: "BRAVA- ADVANCED ANALYSIS OF SLEEP DISORDERS WITH MOTOR MANIFESTATIONS –DEVELOPMENT OF ALTERNATIVE TYPES OF 3D VIDEO- AND AUDIO-ANALYSIS", da svolgersi presso Laboratorio di Polisonnografia, afferente alla UO Clinica Neurologica-Rete Neurologica Metropolitana (NeuroMet) (SC) dell'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna

### **DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

**di essere in possesso del seguente requisito preferenziale:**

**Titolo di esperto in medicina del sonno ottenuto in Italia o in Europa**

Il sottoscritto chiede di ricevere ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura al seguente indirizzo e secondo le seguenti modalità:

mediante \_\_\_\_\_ posta \_\_\_\_\_ elettronica \_\_\_\_\_ all'indirizzo \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ aziendale \_\_\_\_\_ all'indirizzo \_\_\_\_\_;

mediante posta elettronica ordinaria al seguente indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ /PEC personale \_\_\_\_\_.

Al fine della valutazione di merito, il sottoscritto presenta, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, un curriculum formativo e professionale, datato e firmato, autocertificato ai sensi di legge e la copia di un documento di identità valido.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_