

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 rivolta a Laureati in Biologia finalizzata ad attività di studio e ricerca nell'ambito del progetto "Studio di correlazione fra eradicazione dell'infezione da *Helicobacter pylori* ed assunzione di probiotici antibiotico resistenti" da svolgersi presso l'U.O.C. Medicina Interna Cardiovascolare dell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria – Policlinico di Sant'Orsola.

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 dei seguenti requisiti preferenziali:

- ☐ esperienza nella diagnostica e attività di laboratorio per *Helicobacter pylori*;
- ☐ esperienza in laboratorio con *Lactobacillus* e *Bifidobacterium*;
- ☐ esperienza nel data management;
- ☐ buona padronanza della lingua inglese;
- ☐ buona padronanza del software Excel;
- ☐ esperienza nell'utilizzo di strumenti di analisi statistica;
- ☐ esperienza con test di inibizione in vitro.

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 _____