***ALLEGATO A)***

***FAC SIMILE DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE***

Al Direttore Generale

Azienda Ospedaliera Specialistica

“Ospedali dei Colli”

Via Leonardo Bianchi s.n.c.

80131 NAPOLI

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ manifesta il proprio interesse alla eventuale assunzione di n. 04 incarichi libero professionali, anche di collaborazione coordinata e continuativa, presso l’UOC M.E.U. ubicata all’Ospedale CTO, per un massimo di 8 ore settimanali, in deroga alle incompatibilità previste dall’art. 40 del D. Lgs. n. 368/99 ed alle disposizioni di cui all’art. 7 D. Lgs. n. 165/2001, come da Avviso pubblicato integralmente sul sito aziendale [www.ospedalideicolli.it](http://www.ospedalideicolli.it) – nella sezione Concorsi e Borse di studio in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali e della possibilità di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di documenti e titoli falsi ovvero di formazione di atti falsi, ai sensi degli Artt. 46 - 47 - 48 - 75 e 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, dichiara sotto la propria responsabilità:

1. di essere nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di essere residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di essere cittadino italiano (ovvero di essere cittadino \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);
3. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (in caso di mancata iscrizione o cancellazione indicarne i motivi);
4. di non aver riportato condanne penali, o, in caso affermativo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare condanne, procedimenti);
5. di essere o non essere allo stato sottoposto a procedimenti penali (da dichiarare anche in caso negativo);
6. di essere medico in formazione specialistica presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ regolarmente iscritto al \_\_\_ anno del relativo corso di studi in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
7. di autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del vigente GDPR;
8. che l’indirizzo di posta elettronica certificata presso cui deve essere fatta, ad ogni effetto, qualsiasi comunicazione necessaria inerente il presente Avviso è il seguente:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di accettare senza riserve tutte le prescrizioni e condizioni riportate nel presente bando.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ allega altresì alla presente la seguente documentazione copia fotostatica del documento d’identità in corso di validità e curriculum professionale.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_