***ALLEGATO 1* " *al Bando di Avviso Pubblico***

**FAC SIMILE DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

**Al Commissario Straordinario Azienda Ospedaliera dei Colli "Monaldi - Cotugno - C.T.O."**

**Via Leonardo Bianchi s.n.c.**

**80131 NAPOLI**

Il/La sottoscritto/a chiede di essere ammesso/a all’ Avviso Pubblico per selezione, per titoli ed esame colloquio, per il conferimento di un incarico di collaborazione professionale a tempo determinato con un impegno orario di 24 ore settimanali, della durata di mesi dodici a n. 2 **laureati in farmacia con specializzazione in farmacia ospedaliera o titolo equipollente, con esperienza in distribuzione e monitoraggio dei farmaci antiretrovirali** per attività di monitoraggio dei farmaci antiretrovirali per la valutazione risorse impiegate e razionalizzazione dei costi nell’ambito del progetto **“Dalla diagnosi di infezione da HIV ai percorsi assistenziali: definizione e condivisione della *best- practice.”***indetto con deliberazione n° \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui incorre in caso di rilascio di di­chiarazioni mendaci e/o di formazione di atti falsi - nonché della decadenza dai benefi­ci eventualmente conseguiti in forza di dichiarazione non veritiera, giusta Artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi di quanto disposto in materia dall’ Art. 46 del DPR n. 445 del 28/12/2000 in parola, **dichiara:**

a. di chiamarsi **(cognome)**  **(nome)**

b. di essere nato/a il in e di essere residente in

 alla Via n° C.a.p.

c. di essere cittadino/a italiano/a **(in caso di equivalenza, indicare la propria posi­zione)**;

d. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di **(in caso di**

**non iscrizione o di cancellazione, indicarne i motivi)** ;

e. di non essere stato destituito dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

f. di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per persistente insufficiente rendimento, ovvero di non essere stato dichiarato decaduto da un impiego statale, ai sensi dell'articolo 127, primo comma, lettera *d*), del testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato, approvato con D.P.R. n°3/1957; **(*in caso di presenza di una oambedue tali destituzioni o dispense, riportare, per esteso, le motivazioni ed il di­spositivo del relativo provvedimento, onde poter procedere ad una valutazione ponderata del rapporto proporzionale tra gravità del comportamento e divieto di concorrere alla procedura selettiva in parola***; **g.** di non aver riportato condanne penali ***(in caso di dichiarazione positiva – quindi presenza di condanne penali -, riportare per esteso, sia le motivazioni che il di­spositivo del relativo provvedimento, onde poter procedere ad una ponderata va­lutazione de l’ammissibilità o meno alla procedura selettiva in argomento.*;**

h. che la propria posizione nei riguardi degli obblighi militari di leva è la seguente:

**(qualora non compete, indicarne i motivi)** ;

**i.** di essere / non essere **(\*1)** in possesso dei seguenti titoli che danno diritto ad usufruire della riserva, precedenza e/o preferenza a parità di valutazione**:** **(in ca­
so di posizione negativa, riportare SOLO la relativa dichiarazione);**

j. di essere / non essere **(\*1)** portatore di handicap riconosciuto da parte dell’apposita Commissione Medica dell’ A.S.L. ……………., giusta relativo verbale del , e di avere / non avere necessità di ausili e/o tempi aggiuntivi per l’espletamento della prova colloquio (**in caso assenza di tali handicap, dichiararlo espressamente )**;

k. di essere pienamente a conoscenza del dettato di cui al Regolamento vigente nell’Azienda Ospedaliera dei Colli “Monaldi – Cotugno – C.T.O.” Napoli, adotta­to con deliberazione n° 759/2013;

l. di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici previsti dal bando:

**1 l)** Laurea in Farmacia o titolo equipollente conseguita presso l’Università degli Studi

di - con matricola n° ……………… in data con il voto /110;

2 I)Specializzazione in farmacia ospedaliera o titolo equipollente conseguita presso ……. in data con il voto ;

**3 l)** di avere / non avere **(\*1) (in caso di posizione negativa, riportare SOLO la relati­va dichiarazione)** prestato servizio presso le **seguenti** Pubbliche Amministrazioni per i periodi e con le qualifiche a fianco di ciascuna di esse segnato e qui appresso

elencate: ***(indicare sia le cause di risoluzione del***

***rapporto d'impiego sia se sono ricorse o meno le condizioni di cui all'ultimocomma dell'articolo 46 del D.P.R. 761/79 ed, in presenza de le quali, riportare la quota percentuale di riduzione di anzianità inflitta)***;

n) di essere in possesso della seguente esperienza professionale**, oltre quella di cui al
punto precedente,** conseguita presso le seguenti strutture per i periodi e con le
qualifiche a fianco di ciascuna di esse segnato, qui appresso elencate:
 ;

o) di essere consapevole che:

1o) l’incarico di cui al presente bando è a tempo determinato ed instaura con l’Azienda Ospedaliera il solo rapporto di collaborazione professionale per 24 ore settimanali della durata di dodici mesi non prorogabili automaticamente, per lo svolgimento delle attività di Farmacista nell’ambito del progetto **“Dalla diagnosi di infezione da HIV ai percorsi assistenziali: definizione e condivisione della *best- practice.”***

 2o) l’opera professionale di cui al punto precedente sarà resa in 24 ore setti-

manali articolate su 5 giorni a settimana;

 3o) la borsa di studio è a tempo determinato ed ha la durata di 12 mesi;

 4 o) il conferimento e l’espletamento di ciascuna borsa di studio in parola **non** configura, per nessun caso, alcun rapporto di lavoro dipendente, sia con­giuntamente che disgiuntamente, né con l’Azienda Ospedaliera dei Colli, espletante la procedura selettiva in argomento e conferente ciascun relativo incarico, né con la Regione Campania finanziatrice dell’opera progettuale di che trattasi, trattandosi, esclusivamente, di attività di ricerca e clinica, trattato (il rappor­to) secondo le norme regolanti tale materia sia sotto il profilo previdenziale che assistenziale, ancorché fiscale;

5 o) l’espletamento della borsa di studio in argomento non dà luogo a trattamenti né previdenziali né assistenziali.

p) di accettare, senza riserva alcuna, tutte le condizioni e clausole di cui al presente bando e relativa deliberazione di indizione, nonché di quanto pertinente statuito dal Regolamento aziendale adottato con deliberazione n° 759/2013;

q) che il domicilio presso il quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione ri­guardante l’Avviso Pubblico in parola è il seguente:

Via / Corso n° \_\_\_\_

C.a.p. Citta ;

r) di autorizzare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, il trattamento dei propri dati personali, anche in forma elettronica, per le finalità di gestione dell’avviso pubblico di cui la presente é domanda di partecipazione.

Data Firma

**(\*1) *Indicare solo la propria relativa posizione.***

**(\*2) *In caso di specializzazione equipollente riconosciunta dal richiamato DMS 30.1.98 e ss. mm. ed ii., riportare tale.***