

**Azienda Ospedaliera dei Colli**

**Via L. Bianchi s.n.c. – 80131 NAPOLI Codice Fiscale /Partita I.V.A. n° 06798201213**

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

**FAC SIMILE DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

**Al Direttore Generale**

**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 titoli ed esa­me colloquio, finalizzato al conferimento di una borsa di studio - della durata di 12 mesi - ad un laureato in “controllo di qualità del settore farmaceutico ospedaliero o titolo equipollente, previsto dal DMS del 30.01.98 e successive modifiche ed integrazioni, da espletarsi - in attività clinica e di ricerca per la realiz­zazione del progetto “funzioni di supporto ai farmaci della Farmacia dell’Ospedale Cotugno, finalizzato ad espletare funzioni di supporto alla farmacista responsabile dell’ambulatorio di distribuzione diretta dei farmaci della Farmacia dell’Ospedale Cotugno, 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 Am­
ministrazione 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 o***

***ambedue 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 controllo di qualità del settore farmaceutico ospedaliero o titolo equipollente conseguita presso l’Università degli Studi

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

**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:

1 o) l’incarico di borsista di cui al bando, che, con la presente istanza intende

partecipare, è a tempo determinato e comporta attività di ricerca e clinica per la realizzazione dell’obiettivo di cui progetto “Funzioni di supporto ai farmaci della Farmacia dell’Ospedale Cotugno”.

Con la presente, aspira a partecipare e nella relativa deliberazione n° \_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_ di indizione procedura selettiva, ed il rapporto, che si instau­ra con l’inizio attività di borsista in parola, 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.***

***“ ALLEGATO 2¨ al Bando di Avviso Pubblico***

**FAC SIMILE DICHIARAZIONE AUTENTICITA’ COPIE FOTOSTATICHE DOCUMENTI e TITOLI** presentati in allegato alla domanda di partecipazione all’ Avviso Pubblico, per titoli ed esame colloquio, finalizzato al conferimento di una borsa di studio - della du­rata di 12 mesi – ad un laureato in controllo di qualità del settore farmaceutico ospedaliero o titolo equipollente, previsto dal DMS del 30.01.98 e successive modifiche ed integrazioni, da espletarsi - - in attività clinica e di ricerca per la realizzazione del progetto “funzioni di supporto ai farmaci della Farmacia dell’Ospedale Cotugno”, in particolare finalizzato ad espletare funzioni di supporto alla farmacista responsabile dell’ambulatorio di distribuzione diretta dei farmaci della Farmacia dell’Ospedale Cotugno..

 indetto con deliberazione n° \_\_\_\_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- documento di identità / riconoscimento \* n° , ri­
lasciato da il -, in corso di validità, già allega­
to, in fotocopia non autenticata, alla domanda di partecipazione all’Avviso Pubblico in
argomento, ai sensi di quanto disposto in materia dall’art. 47 del DPR 445/2000 e
successive modifiche ed integrazioni, consapevole delle responsabilità penali e della de­
cadenza dai benefici eventualmente conseguiti cui può andare incontro in caso di di­
chiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi, sotto la propria
personale responsabilità, **dichiara** che tutti i documenti e titoli presentati, in fotocopia
e di cui al prescritto elenco documenti, allegati alla domanda di partecipazione
all’Avviso Pubblico in epigrafe alla presente dichiarazione, sono conformi ai rispettivi
originali in possesso del/la sottoscritto/a.
Data Firma

* ***Indicare solo la propria relativa posizione***

***ALLEGATO 3 ¨ al Bando di Avviso Pubblico***

**FAC SIMILE**

**DICHIARAZIONE di VERIDICITÀ dei CONTENUTI del CURRICULUM**

***da RENDERE in CALCE al CURRICULUM***

Il/la sottoscritto/a …………………., nato/a ad ……………………… il ……………………… – car­
ta d’identità n° ……………………, rilasciata dal Comune di ………………… il
………………………. in corso di validità – già allegata in fotocopia alla domanda di parte­cipazione all’ Avviso Pubblico, per titoli ed esame colloquio, finalizzato al conferimento di una borsa di studio - della durata di 12 mesi ad un laureato in controllo di qualità del settore farmaceutico ospedaliero o titolo equipollente, previsto dal DMS del 30.01.98 e successive modifiche ed integrazioni, da espletarsi - in attività clinica e di ricerca per la realizzazione del progetto “funzioni di supporto ai farmaci della Farmacia dell’Ospedale Cotugno”, in particolare finalizzato ad espletare funzioni di supporto alla farmacista responsabile dell’ambulatorio di distribuzione diretta dei farmaci della Farmacia dell’Ospedale Cotugno, indetto con deliberazione n° \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 Art. 75 e76 del DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la propria persona­ le responsabilità, ai sensi di quanto disposto in materia dagli Artt. 46 e 47 del medesi­mo DPR n. 445 del 28/12/2000 e successive modifiche ed integrazioni, **dichiara che
tutto quanto riportato nel su esteso proprio curriculum formativo e professionale ri­sponde a verità**.
Data, ………………………………. In fede ………………………………………..