***“ 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 titoli ed esame colloquio, finalizzato al conferimento di una borsa di studio - della durata di dodici mesi - a medico specialista in Reumatologia o titolo equipollente, previsto dal DMS del 30.01.98 e successive modifiche ed integrazioni, da espletarsi - in trentotto ore settimanali articolate su cinque giorni a settimana da dedicare alla consulenza nella diagnosi e nel management delle interstiziopatie polmonari presso l’Unità Operativa Complessa Malattie, Fisiopatologia e Riabilitazione Respiratorie dell’Ospedale Monaldi” diretta dal Dott. Giuseppe Fiorentino;

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 essere nato/a il\_\_\_\_\_\_\_\_\_in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e di essere residente in \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_C.a.p. \_\_\_\_\_\_\_;

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

c) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(in caso di non iscrizione o di cancellazione, indicarne i motivi)** ;

d) di non aver riportato condanne penali **(in caso di dichiarazione positiva, riportarle);**

e) che la propria posizione nei riguardi degli obblighi militari di leva è la seguente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(qualora non compete, indicarne i motivi)** ;

f) 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 caso di posizione negativa, riportare SOLO la relativa dichiarazione);**

g) 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 necessita di ausili e/o tempi aggiuntivi per l’ espletamento della prova colloquio (**in caso assenza di tali handicap, dichiararlo espressamente )**;

h) 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;

i) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici previsti dal bando:

1. Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguita presso l’Università degli Studi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - con matricola n° ……………… - in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con il voto \_\_\_\_\_\_/110;
2. Specializzazione in Malattie dell’Apparato respiratorie (**\*2)** **(o titolo equipollente riportandolo al posto di** Malattie dell’Apparato respiratorie**)**, conseguita presso l’Università degli Studi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - con matricola n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (se prevista)- in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con il voto \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_;
3. Abilitazione all’esercizio professionale di Medico-chirurgo, conseguita presso l’Università degli Studi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - con matricola n° ……………… (se prevista) - in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con il voto \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_;
4. Iscrizione all’Albo professionale dei Medici-chirurghi della provincia di \_\_\_\_\_\_\_

con il n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

j) 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'ultimo comma dell'articolo 46 del D.P.R. 761/79 ed, in presenza delle quali, riportare la quota percentuale di riduzione di anzianità inflitta)***;

k) 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

l) di essere consapevole che:

1. l’opera professionale sarà resa in trentotto ore settimanali articolate su cinque giorni a settimana;
2. la borsa di studio in argomento è a tempo determinato ed ha la durata di 12 mesi;
3. il conferimento e l’espletamento della borsa di studio in parola non configura, per nessun caso, alcun rapporto di lavoro dipendente, sia congiuntamente che disgiuntamente con l’Azienda Ospedaliera dei Colli;
4. l’espletamento della borsa di studio in argomento non dà luogo a trattamenti né previdenziali né assistenziali.

m) di accettare, senza riserva alcuna, tutte le condizioni e clausole di cui al bando relativo all’Avviso Pubblico in argomento ed alla pertinente deliberazione di indizione, nonché di quanto pertinente statuito dal Regolamento aziendale adottato con deliberazione n° 759/2013;

n) che il domicilio presso il quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione ri- guardante l’Avviso Pubblico in parola è il seguente:

Via / Corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Citta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

o) 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.***