 

**ALLEGATO (1)**

**FAC SIMILE DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Al Direttore Generale Azienda Ospedaliera Specialistica dei Coli, alla Via Leonardo Bianchi, s.n.c., in NAPOLI, c.a.p. 80131.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**chiede**

di essere ammesso alla Procedura Comparativa per il conferimento di un incarico professionale di natura autonoma di collaborazione con impegno orario pari a complessive \_\_\_\_\_ ore per n. n. 1 laureto e/o diplomato Assistente Sociale, finalizzato alla realizzazione dell’intervento sperimentale n. 6 “Interventi mirati alla conciliazione dei tempi – Azione “Anziani”, rientrante nel Progetto Work Life Balance finanziato a valere sul Programma Operativo Regionale del Fondo europeo di sviluppo regionale, nell’ambito degli Accordi territoriali di genere" P.O.R. FSE Campania 2007-13, Asse II, obiettivo specifico f), obiettivo operativo 2 (CUP B69G13001080007), il cui ***Avviso*** è stato affisso all’Albo Pretorio aziendale e pubblicato sul sito web aziendale in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

1. di essere nato/a il\_\_\_\_\_\_\_\_\_in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e di essere residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_C.a.p. \_\_\_\_\_\_\_;
2. di essere cittadino/a italiano/a (ovvero, in caso di equivalenza, indicare la propria posizione) ;
3. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**(in caso di dichiarazione di non iscrizione o di cancellazione, indicarne i motivi) ;**
4. di non aver riportato condanne penali; **(in caso di dichiarazione positiva, riportarle);**
5. che la propria posizione nei riguardi degli obblighi militari di leva è la seguente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
6. di essere in possesso del seguenti requisiti previsti dal bando:
* laurea o diploma di abilitazione alla specifica professione di fisioterapista prevista dalla legislazione nel tempo vigente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* iscrizione all’albo professionale, laddove previsto;
1. di essere / non essere in possesso di eventuali titoli che danno luogo a precedenza o a preferenza a parità di punteggio;
2. di avere /non avere**\*** prestato servizio presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni per i periodi e con le qualifiche a fianco di ciascuna di esse segnato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(indicare le cause di risoluzione del rapporto d'impiego)**;
3. di essere/ non essere\* in possesso della seguente esperienza professionale già maturata nel ruolo e tipologia relativa alle prestazioni appresso indicate espletate presso le strutture e per i periodi parimenti indicati:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. di essere consapevole che la collaborazione in parola è da considerarsi quale prestazione di lavoro autonomo con carattere prevalentemente personale e senza vincolo di subordinazione, finalizzato alla realizzazione dell’intervento n. 6 “Interventi mirati alla conciliazione dei tempi – Azione “Anziani”, di cui al presente bando;
2. 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.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. di autorizzare il trattamento dei propri dati personali per le finalità di gestione della procedura, ex D. Lgvo 196/2003, per tutti gli aspetti contabili ed amministrativi relativi agli incarichi di collaborazione coordinata e continuativa.

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

**\*Depennare / indicare ciò che interessa.**