***“ 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 due anni - ad un medico specialista in malattie dell’apparato respiratorio 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 -, in attività, clinica e di ricerca, sulla “diagnostica delle malattie respiratorie, ossigenoterapia e ventilazione meccanica non invasiva”, presso l’U.O.C. Malattie, Fisiopatologia e Riabilitazione Respiratoria dell’ospedale Monaldi, attualmente, diretta dal Dott. Giuseppe Fiorentino, finanziata con relativo contributo liberale, di € 16.000,00 (sedicimila/00), erogato da parte di Vivisol Napoli s.r.l., indetto con deliberazione n° 500 dell’08 maggio 2013.

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 **\*** 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 **\*** 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 uno qualsiasi di tali handicap, dichiararlo espressamente )**;

h) di non essere, al momento dell’inizio attività da conferimento nomina di borsista e, quindi, durante l’esercizio dell’attività clinica e di ricerca di riferimento, né titolare di altri assegni di collaborazione per attività di ricerca, né titolare di impiego pubblico e/o privato, né di svolgere attività lavorativa in modo continuativo;

 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 respiratorio (**o titolo equipollente riportandolo al posto di malattie dell’apparato respiratorio**), 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 della provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

j) di avere / non avere **\* (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, qui appresso elencate: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

l) di essere consapevole che:

1. l’incarico di borsista di cui al presente bando è a tempo determinato e comporta attività clinica e di ricerca sulla “diagnostica delle malattie respiratorie, ossigenoterapia e ventilazione meccanica non invasiva”, presso l’ U.O.C. Malattie, Fisiopatologia e Riabilitazione Respiratoria dell’ospedale Monaldi, attualmente, diretta dal Dott. Giuseppe Fiorentino;
2. l’opera clinica e di ricerca di cui al punto precedente sarà resa in trentotto ore settimanali articolate su cinque giorni a settimana;
3. la borsa di studio in argomento è finanziata dalla Vivisol Napoli s.r.l. ed il rapporto, che si instaura con l’inizio attività di borsista in parola, è a tempo determinato ed ha la durata di due anni;
4. il conferimento e l’espletamento della borsa di studio in parola non configura alcun rapporto di lavoro, sia congiuntamente che disgiuntamente, né con l’Azienda Ospedaliera dei Colli né con la Vivisol Napoli s.r.l., erogatrice, quest’ultima, dell’intera somma necessaria per il pagamento delle spettanze al borsista avente diritto;
5. 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;

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 per le finalità di gestione dell’avviso pubblico di cui la presente é domanda di partecipazione.

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

***\* Indicare solo la propria relativa posizione.***

 ***“ 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 due anni - ad un medico specialista in malattie dell’apparato respiratorio 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 -, in attività, clinica e di ricerca, sulla “diagnostica delle malattie respiratorie, ossigenoterapia e ventilazione meccanica non invasiva”, presso l’U.O.C. Malattie, Fisiopatologia e Riabilitazione Respiratoria dell’ospedale Monaldi, attualmente, diretta dal Dott. Giuseppe Fiorentino, finanziata con relativo contributo liberale, di € 16.000,00 (sedicimila/00), erogato da parte di Vivisol Napoli s.r.l., indetto con deliberazione n° 500 dell’08 maggio 2013.

----------------------------------------------------

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a ………………………………… in ……………………………..- documento di identità / riconoscimento \* n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ -, in corso di validità, già allegato, 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 decadenza dai benefici eventualmente conseguiti cui può andare incontro in caso di dichiarazioni 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 VERIDICITA’ DEI CONTENUTI DEL CURRICULM DA RENDERE IN CALCE A TALE DOCUMENTO**

Il/la sottoscritto/a …………………., nato/a ad ……………………… il ……………………… – carta 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 due anni - ad un medico specialista in malattie dell’apparato respiratorio 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 -, in attività, clinica e di ricerca, sulla “diagnostica delle malattie respiratorie, ossigenoterapia e ventilazione meccanica non invasiva”, presso l’U.O.C. Malattie, Fisiopatologia e Riabilitazione Respiratoria dell’ospedale Monaldi, attualmente, diretta dal Dott. Giuseppe Fiorentino, finanziata con relativo contributo liberale, di € 16.000,00 (sedicimila/00), erogato da parte di Vivisol Napoli s.r.l., indetto con deliberazione n° 500 dell’08 maggio 2013 -, 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 e 76 del DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la propria personale 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 ………………………………………..