***“ 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 dodici mesi - a medico specialista in Otorinolaringoiatria 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 di ricerca e clinica “sulle sordità profonde e gli impianti cocleari” presso l’U.O.C. di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale dell’ospedale Monaldi, diretta dal Prof. Carlo Antonio Leone, finanziata dalla Cochlear Italia s.r.l. di Bologna con precipuo contributo liberale di € 15.000,00 (quindicimila/00), indetto con deliberazione n° 928 del 26 agosto 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 **(\*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 Otorinolaringoiatria (**\*2)** **(o titolo equipollente riportandolo al posto di Otorinolaringoiatria)**, 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, qui appresso elencate: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

l) di essere consapevole che:

1. l’incarico di borsista di cui al presente bando comporta attività di ricerca e clinica “sulle sordità profonde e gli impianti cocleari”, presso l’U.O.C. Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale dell’ospedale Monaldi, diretta dal Prof. Carlo Antonio Leone;
2. l’opera professionale 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 Cochlear s.r.l. di Bologna ed il rapporto, che si instaura con l’inizio attività di borsista in parola, è a tempo determinato ed ha la durata di dodici mesi;
4. 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, né con l’Azienda Ospedaliera dei Colli né con la Cochlear s.r.l. di Bologna, erogatrice, quest’ultima, dell’intera somma necessaria per il pagamento delle spettanze al borsista avente diritto, trattandosi, esclusivamente, di prestazioni di ricerca e clinica, trattato (il rapporto) secondo le norme regolanti tale materia sia sotto il profilo previdenziale che assistenziale, ancorché fiscale;
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, 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.***

 ***“ 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 dodici mesi - a medico specialista in Otorinolaringoiatria 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 di ricerca e clinica “sulle sordità profonde e gli impianti cocleari” presso l’U.O.C. di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale dell’ospedale Monaldi, diretta dal Prof. Carlo Antonio Leone, finanziata dalla Cochlear Italia s.r.l. di Bologna con precipuo contributo liberale di € 15.000,00 (quindicimila/00), indetto con deliberazione n° 928 del 26 agosto 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 CURRICULUM**

***DA RENDERE IN CALCE AL CURRICULUM***

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 Avviso Pubblico, per titoli ed esame colloquio, finalizzato al conferimento di una borsa di studio - della durata di dodici mesi - a medico specialista in Otorinolaringoiatria 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 di ricerca e clinica “sulle sordità profonde e gli impianti cocleari” presso l’U.O.C. di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale dell’ospedale Monaldi, diretta dal Prof. Carlo Antonio Leone, finanziata dalla Cochlear Italia s.r.l. di Bologna con precipuo contributo liberale di € 15.000,00 (quindicimila/00), indetto con deliberazione n° 928 del 26 agosto 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 ………………………………………..