

“ALLEGATO 1”

FAC SIMILE DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Avviso conferimento di n° 1 incarico a Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere  
Cod 003

**Al Direttore Generale  
Azienda Ospedaliera dei Colli  
"Monaldi - Cotugno - C.T.O."  
Via Leonardo Bianchi  
80131 NAPOLI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_) Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, C.A.P. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a all'Avviso Pubblico per selezione, per titoli ed esame colloquio, per il conferimento di un incarico di collaborazione professionale a tempo determinato con un impegno orario di ventotto ore settimanali, con possibilità di integrazione del tetto orario fino al limite massimo previsto dalle vigenti disposizioni normative, della durata di mesi dodici a Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere per attività da svolgersi per il Servizio Ospedalizzazione Domiciliare (S.O.D.) dell'Azienda Ospedaliera dei Colli, nell'ambito del progetto Assistenza Domiciliare rivolta a soggetti affetti da AIDS e patologie correlate - **(CODICE n. 003)**

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, ex 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 in possesso dei seguenti titoli che danno diritto ad usufruire della riserva, precedenza e preferenza a parità di valutazione: \_\_\_\_\_;
- g) di essere portatore di handicap riconosciuto da parte dell'apposita Commissione Medica, giusta relativo verbale del \_\_\_\_\_, e di avere / non avere necessità di ausili e/o tempi aggiuntivi per l'espletamento della prova colloquio\*;



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

1) Diploma di Laurea in Scienze Infermieristiche o titolo equipollente secondo la normativa regolante la materia\* conseguita presso \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con il voto \_\_\_\_\_;

i) di essere iscritto/a all'Albo Professionale di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_;

j) 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 e qui appresso elencate: \_\_\_\_\_ (***indicare le cause di risoluzione del rapporto***);

k) di essere/non essere\* in possesso della seguente esperienza professionale di Collaboratore Professionale Sanitario – conseguita presso le strutture, i periodi, nel ruolo e tipologia delle prestazioni appresso indicata: \_\_\_\_\_;

l) di essere consapevole che l'incarico di cui al presente bando è a tempo determinato ed instaura con l'Azienda Ospedaliera il solo rapporto di collaborazione professionale a tempo determinato con un impegno orario di ventotto ore settimanali, con possibilità di integrazione del tetto orario fino al limite massimo previsto dalle vigenti disposizioni normative, della durata di mesi dodici non prorogabili automaticamente, per lo svolgimento dell'attività di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere, correlare al Servizio Assistenza Domiciliare (S.O.D.) dell'Azienda Ospedaliera dei Colli, nell'ambito del progetto Assistenza Domiciliare rivolta a soggetti affetti da AIDS e patologie correlate;

m) che il domicilio presso il quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione riguardante l'Avviso Pubblico per Selezione in parola è il seguente:

Via/Corso \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

C.a.p. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_;

o) di autorizzare il trattamento dei propri dati personali per le finalità di gestione dell'avviso, ex D.Lgvo. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, per tutti gli aspetti contabili ed amministrativi relativo agli incarichi di collaborazione professionale.

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

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

