

FAC SIMILE DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Avviso per conferimento di n° 2 incarichi a Medici in possesso di specializzazione in malattie infettive  
Cod 002

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 due incarichi 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 professionisti in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia, specializzazione in Malattie Infettive abilitazione all'esercizio dell'attività professionale ed iscrizione all'Albo, nonché di comprovata competenza ed esperienza professionale nel settore dell'assistenza a pazienti con malattia da HIV/AIDS e patologie correlate, 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 002**).

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) Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguita presso l'Università degli Studi \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con il voto \_\_\_\_\_;
- 2) Abilitazione all'esercizio professionale di medico-chirurgo, conseguita presso l'Università degli Studi \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con il voto \_\_\_\_\_;
- 3) Specializzazione in malattie infettive (ovvero titolo equipollente ex D.M. 30-1-1998 ovvero titolo affine ex D.M. 30-1-1998 e loro successive modifiche ed integrazioni), conseguita presso l'Università degli Studi \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con il voto \_\_\_\_\_, con inizio corso in data \_\_\_\_\_ e fine corso in data \_\_\_\_\_\*;
- 4) Il servizio di ruolo prestato, alla data di entrata in vigore del D.P.R. 483 del 10.12.97, quale infettivologo per godere dell'esenzione del requisito della specializzazione di cui al presente bando, giusta art. 56 – comma 2 – dello stesso D.P.R. 483/97;

i) di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici 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 Medico in attività di Assistenza Domiciliare Ospedaliera rivolta a soggetti affetti da AIDS a patologie correlate, indicando le strutture, i periodi, il ruolo e tipologia delle prestazioni, conseguita presso le strutture e per i periodi, nel ruolo e tipologia delle prestazioni appresso indicata: \_\_\_\_\_;

l) di essere consapevole che l'incarico di cui al presente bando intende partecipare 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 Medico specialista in Malattie Infettive, 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 la voce che non interessa**

