**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, mediante utilizzo di parte del fondo di cui al Decreto Dirigenziale A.G.C. 20 Assistenza Sanitaria n° 78 del 29.3.2010 Giunta Regionale della Campania per € 20.000,00, ad un medico specialista in infettivologia o titolo equipollente da Decreto Ministro Sanità 30 gennaio 1998 e successive modifiche ed integrazioni, da espletarsi - in trentotto ore settimanali - in attività clinica e di ricerca, sulle “infezioni tubercolari latenti in pazienti HIV“, presso la III^ U.O.C. Malattie infettive ad alta complessità 1 dell’ospedale Cotugno, diretta dal Prof. Antonio Chirianni, indetto con deliberazione n° 1.003 del 08 ottobre 2012.

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 necessita 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 \_\_\_\_\_\_;
2. Specializzazione in Infettivologia ( o titolo equipollente da Decreto Ministro Sanità 30 gennaio 1998 e successive modifiche ed integrazioni ), 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 sulle “infezioni tubercolari latenti in pazienti HIV“, presso la III^ U.O.C. Malattie infettive ad alta complessità 1 dell’ospedale Cotugno, diretta dal Prof. Antonio Chirianni;
2. l’opera clinica e di ricerca di cui al punto precedente sarà resa in trentotto ore settimanali;
3. la borsa di studio è finanziata mediante utilizzo di parte del fondo di cui al Decreto Dirigenziale A.G.C. 20 Assistenza Sanitaria n° 78 del 29.3.2010 Giunta Regionale della Campania per € 20.000,00 e che il rapporto, che si instaura con l’inizio attività di borsista in parola, cessa, automaticamente, alla scadenza dei dodici mesi di durata;
4. il conferimento e l’espletamento della borsa di studio in argomento non configura alcun rapporto di lavoro né con l’Azienda ospedaliera né con l’Ente Regione Campania erogatrice del fondo di riferimento, enunciato al punto 3) della presente lettera m);
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;

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 selettivo di cui la presente é domanda di partecipazione.

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

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

 ***“ ALLEGATO 2¨ al Bando di Avviso Pubblico***

**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, mediante utilizzo di parte del fondo di cui al Decreto Dirigenziale A.G.C. 20 Assistenza Sanitaria n° 78 del 29.3.2010 Giunta Regionale della Campania per € 20.000,00, ad un medico specialista in infettivologia o titolo equipollente da Decreto Ministro Sanità 30 gennaio 1998 e successive modifiche ed integrazioni, da espletarsi - in trentotto ore settimanali - in attività clinica e di ricerca, sulle “infezioni tubercolari latenti in pazienti HIV“, presso la III^ U.O.C. Malattie infettive ad alta complessità 1 dell’ospedale Cotugno, diretta dal Prof. Antonio Chirianni, indetto con deliberazione n° 1.003 del 08 ottobre 2012.

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a ………………………………… in ……………………………..- documento di identità / riconoscimento \* n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ -, già allegato, in fotocopia non autenticata, alla domanda di partecipazione del medesimo Avviso Pubblico, 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.

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

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