***“ ALLEGATO 1 ¨***

***FAC SIMILE DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE***

Avviso di selezione pubblica di personale per il conferimento di incarichi professionali a tempo determinato, senza vincolo di subordinazione, per leattività del progetto ``Continuità della presa in carico e integrazionemultidisciplinare dei bisogni riabilitativi dei pazienti con BPCO, scompensocardiaco e ictus. Dalla fase acuta al domicilio``. Finanziamento ex art. 1comma 34 bis Legge n. 662/1996 - FSN 2014-2015-2016**.**

**Al Commissario Straordinario**

**Azienda Ospedaliera dei Colli**

**"Monaldi - Cotugno - C.T.O."**

**Via Leonardo Bianchi**

**80131 NAPOLI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_/\_\_/\_\_\_

Tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 della durata di mesi diciotto per……………………………………………………………………………………… (indicare il profilo per il quale si intende concorrere: **n° 1 fisioterapista a tempo pieno o n. 1 logopedista part time, 73 ore/mese)** per le attività del progetto ``Continuità della presa in carico e integrazione multidisciplinare dei bisogni riabilitativi dei pazienti con BPCO, scompenso cardiaco e ictus. Dalla fase acuta al domicilio” indetto con deliberazione n. 193 del 26/10/2018.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui incorre in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o di formazione di atti falsinonché 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 avere/non avere \*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 esserein 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 previsti dal bando:

1. Laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conseguitapresso

l’Università \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con il voto \_\_\_\_\_\_;

1. Iscrizione all’Ordine deiTSRM e PSTRP
2. Esperienza almeno biennale in strutture ospedaliere nell’ambito della valutazione e riabilitazione del paziente adulto con BPCO (per il profilo di fisioterapista)
3. Esperienza almeno biennale in strutture ospedaliere nell’ambito della valutazione e riabilitazione del paziente adulto con ictus (per il profilo di logopedista).

i) 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)***;

j) 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 della durata di **mesi diciotto, eventualmente rinnovabile,** per lo svolgimento delle attivitàdel progetto “Continuità della presa in carico e integrazione multidisciplinare dei bisogni riabilitativi dei pazienti con BPCO, scompenso cardiaco e ictus. Dalla fase acuta al domicilio”

l) 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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Citta’ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

m) 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.

Si allega:

Curriculum formativo e professionale, datato e firmato, autocertificato ai sensi del DPR n. 445/2000

Documentazione comprovante i titoli ed esperienza posseduti

Elenco, in carta semplice, dei documenti presentati

Copia della carta di identità

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

***\* Depennare la voce che non interessa***