

FAC SIMILE DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

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

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

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, i ruoli 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**



“ ALLEGATO 2” al Bando di Avviso Pubblico per conferimento di n° 2 incarichi a Medici in possesso di specializzazione in malattie Infettive

DICHIARAZIONE AUTENTICITA' COPIE FOTOSTATICHE DOCUMENTI e TITOLI in allegato alla domanda di partecipazione Avviso Pubblico per selezione, emanato dall'Azienda Ospedaliera dei Colli – Monaldi – Cotugno – C.T.O. -, per il conferimento di due incarichi di collaborazione professionale a tempo determinato con un impegno 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, quale Dirigente Medico Specialista in Malattie Infettive per attività da svolgersi per il Servizio Ospedalizzazione Domiciliare (S.O.D.) -

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a _____ il _____ documento di identità/riconoscimento n° _____,
rilasciato da _____ il _____ allegato in fotocopia non autenticata alla presente, ai sensi di quanto disposto in materia dell' art. 47 del DPR 445/2000 e s.m.i., 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 per selezione 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 disposizioni vigenti normative della durata di mesi dodici, quale Dirigente Medico Specialistia in Malattie Infettive, sono conformi all'originale.

Data _____ Firma _____



"ALLEGATO 4" al Bando di Avviso Pubblico per conferimento di n° 2 incarichi a Medici in possesso di specializzazione in malattie Infettive

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R.28 dicembre 2000, n. 445)
Per i servizi prestati**

Io sottoscritto/a..... nato/a a.....
il....., residente a.....
via....., n.....
consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARO di aver prestato servizio alle dipendenze

Pubblica Amministrazione - **Privati -**
- Indirizzo completo.....
- Con la qualifica di.....
- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio...../...../..... al...../...../.....

Pubblica Amministrazione - **Privati -**
- Indirizzo completo.....
- Con la qualifica di.....
- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio...../...../..... al...../...../.....

Pubblica Amministrazione - **Privati -**
- Indirizzo completo.....
- Con la qualifica di.....
- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio...../...../..... al...../...../.....

- Contratto libero-professionale; Borsa di Studio; Specialista Ambulatoriale (SAI)
 Rapporto di Lavoro subordinato a tempo indeterminato; Tempo determinato; Altro.....;
 Tempo pieno definito part-time
 Indicare sempre n. ore settimanali

- eventuale aspettativa senza assegni dal.....al.....; dal.....al.....;
- Nel caso di servizi prestati nell'ambito del S.S. Nazionale deve essere precisato se ricorrano o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79. In caso positivo, deve essere precisata la misura della riduzione del punteggio di anzianità.
 - Nel caso di: attività didattica, frequenza volontaria, stage, volontariato, tirocini, prestazioni occasionali ecc. utilizzare la casella Altro, precisando la natura dell'incarico.

In caso di ulteriori servizi, utilizzare altri moduli.

Data.....

.....
(firma per esteso in originale del dichiarante)

La dichiarazione sostitutiva, (debitamente sottoscritta) deve essere presentata unitamente alla fotocopia in carta semplice, non autenticata di un documento di identità in corso di validità, se la sottoscrizione non è stata effettuata in presenza del dipendente addetto (art. 38 DPR 445/2000).