***“ ALLEGATO 1 ¨***

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

**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 dodici a n° 3 laureati in Medicina e Chirurgia con specializzazione in Pneumologia, o titolo equipollente ex D.M. 30.01.98 e successive modifiche ed integrazioni, esperti in:**

* gestione delle problematiche respiratorie nelle patologie neuromuscolari o metaboliche, malattie rare pneumologi che, nelle fasi di scompenso nei pazienti inseriti nel programma trapiantologico;
* nella ventilazione meccanica non invasiva positiva e negativa e nella ventilazione invasiva;
* nella individuazione e gestione dell’insufficienza respiratoria ipossica e ipercapnica e in tecniche di disostruzione bronchiale e nel follow up del paziente inserito nel percorso pre e post trapianto del polmone;

**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 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 38 ore settimanali della durata di mesi dodici a n° 3 **laureati in Medicina e Chirurgia con specializzazione in Pneumologia, o titolo equipollente ex D.M. 30.01.98 e successive modifiche ed integrazioni** **esperti in:**

* gestione delle problematiche respiratorie nelle patologie neuromuscolari o metaboliche, malattie rare pneumologiche, nelle fasi di scompenso nei pazienti inseriti nel programma trapiantologico;
* nella ventilazione meccanica non invasiva positiva e negativa e nella ventilazione invasiva;
* nella individuazione e gestione dell’insufficienza respiratoria ipossica e ipercapnica e in tecniche di disostruzione bronchiale e nel follow up del paziente inserito nel percorso pre e post trapianto del polmone;

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 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 Medicina e Chirurgia, conseguita presso l’Università \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con il voto \_\_\_\_\_\_;
2. Specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conseguita presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con il voto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Abilitazione all’esercizio professionale conseguita presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con il voto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Iscrizione all’Ordine dei Medici in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

j) di avere / non avere **\*** prestato servizio presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni per i peridi 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 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 dodici**

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.

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

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