

ALLEGATO A
FAC SIMILE DI DOMANDA
Al Direttore Generale

A.O.R.N. A. Cardarelli
U.O.C. Gestione Risorse Umane
Pec: procedureconcorsuali.aocardarelli@pec.it

Il/Lasottoscritto/a.....nato/a.....
.....il residente in (provincia di)
Via/Piazza n°
(CAP.....) (codice fiscale) recapiti
telefonici
...../.....PEC:.....
..... Email

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare al concorso pubblico, per titoli e colloquio, per la copertura a tempo indeterminato di n° 2 posti di Collaboratore Professionale Sanitario Ostetrica, pubblicato da codesta AORN sulla Gazzetta Ufficiale n°.....del.....
A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR. n° 445/2000, come modificato dalla normativa vigente, sotto la propria responsabilità dichiara:

1. di essere nato a il codice fiscale
2. di risiedere a.....;
3. di essere cittadino italiano, (ovvero: di essere cittadino);
4. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di (in caso di mancata iscrizione o di cancellazione indicarne i motivi);
5. di non aver riportato condanne penali (in caso contrario indicare quali).....;
6. di essere nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione.....;
7. di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto a selezione;
8. di non essere stato destituito, dispensato o decaduto da precedente impiego presso la pubblica amministrazione o dispensato all'impiego a causa della produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;
9. di non avere cause ostative alla costituzione del rapporto di pubblico impiego;
10. di essere in possesso Diploma di laurea in Ostetricia ovvero Diplomi universitari riconosciuti equipollenti ai sensi della vigente normativa pressoin data.....;
11. di essere iscritto all'Albo dell'Ordine professionale di Ostetrica di dal con n° di iscrizione);
12. di aver prestato servizio alle dipendenze di:
- Denominazione dell'Ente
Indirizzo
(Specificare se trattasi di Ente Pubblico o Ente Accreditato o Ente di natura privata non accreditato)

Periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)

Posizione funzionale

tipologia del rapporto di lavoro (tempo indeterminato/tempo determinato/borsa di studio/incarico libero prof.le)
con rapporto di lavoro a tempo/definito (ore settimanali

- **Denominazione dell'Ente**

Indirizzo

(Specificare se trattasi di Ente Pubblico o Ente Accreditato o Ente di natura privata non accreditato)

Periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)

Posizione funzionale

tipologia del rapporto di lavoro (tempo indeterminato/tempo determinato/borsa di studio/incarico libero prof.le)

con rapporto di lavoro a tempo/definito (ore settimanali

- che per i succitati periodi **non ricorrono** le condizioni di cui all'art. 46 del DPR 761/79 relativamente all'aggiornamento professionale obbligatorio.
- che per i succitati periodi **ricorrono** le condizioni di cui all'art. 46 del DPR 761/79 relativamente all'aggiornamento professionale obbligatorio. La misura della riduzione del punteggio è pari a

13. di essere in possesso di titoli che conferiscono il diritto di preferenza o precedenza nella nomina previsti dall'art. 5 del DPR 487/94 s.m.i.

14. di accettare, in caso di nomina, tutte le disposizioni che regolano lo stato giuridico ed economico dei dipendenti del S.S.N.;

15. di accettare tutte le condizioni previste dal presente bando;

16. di autorizzare, il consenso al trattamento dei dati personali. (Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento GDPR UE 2016/679, i dati personali, anche di natura sensibile o giudiziaria, forniti dai candidati per la partecipazione all'Avviso, saranno trattati esclusivamente per la finalità di gestione del medesimo e per l'eventuale assunzione in servizio ovvero per la gestione del rapporto di lavoro;

17. l'indirizzo PEC presso il quale deve fatta ogni comunicazione relativo al concorso è il seguente:

.....
.....

Ai fini dell'ammissione e della valutazione di merito, il sottoscritto allega un elenco dei titoli e dei documenti prodotti ed un curriculum formativo/professionale (che non può avere valore di autocertificazione) ambedue datati e firmati.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000, n° 445, in caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, attesta che le dichiarazioni di cui sopra si intendono rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del medesimo DPR 445/2000.

Data
autenticata.....

firma non

Allegare copia fotostatica di un documento di identità o riconoscimento in corso di validità

**FAC-SIMILE MODULO AUTOCERTIFICAZIONE
ALLEGATO "B"**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(art. 46 e 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)**

Il/La sottoscritto/a..... nato/a
..... Prov. il residente in
..... Cap.
Via/Piazza..... n°..... Tel.
.....

ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 in materia di Documentazione Amministrativa, e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. sopra citato,

DICHIARA

1. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:(diploma di maturità, laurea)

Titolo di studio	conseguito presso	in data
.....
.....
.....
.....
.....

..... di aver conseguito l'Abilitazione in, in data presso

2. di essere iscritto all'Albo/Ordine dei Medici della Provincia di al n° dal

3. di aver conseguito il titolo di specializzazione inin dataconseguita presso

4. di aver partecipato ai seguenti corsi di aggiornamento/perfezionamento di cui si allega copia conforme in suo possesso

.....
.....
.....
.....
.....

5. di aver partecipato ai seguenti corsi di aggiornamento/perfezionamento

Titolo del Corso
Ente Organizzatore
Luogo di svolgimento
Data e durata del corso pari a gg.
In qualità di Uditore – Relatore – Docente -
Con conseguimento n° ECM

Titolo del Corso
Ente Organizzatore
Luogo di svolgimento
Data e durata del corso pari a gg.
In qualità di Uditore – Relatore – Docente -
Con conseguimento n° ECM

Titolo del Corso
Ente Organizzatore
Luogo di svolgimento
Data e durata del corso pari a gg.
In qualità di Uditore – Relatore – Docente -
Con conseguimento n° ECM

6. di aver prestato servizio alle dipendenze di:

denominazione dell'ente
.....(Specificare se trattasi di
Ente Pubblico o Ente Accreditato o Ente di natura privata non accreditato)
Indirizzo
Periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)
Posizione funzionale
tipologia del rapporto di lavoro..... (tempo
indeterminato/tempo determinato/borsa di studio/incarico libero prof.le) con rapporto di lavoro a
tempo/definito (ore settimanali)

denominazione dell'ente
.....(Specificare se trattasi di
Ente Pubblico o Ente Accreditato o Ente di natura privata non accreditato)
Indirizzo
Periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)
Posizione funzionale
tipologia del rapporto di lavoro..... (tempo
indeterminato/tempo determinato/borsa di studio/incarico libero prof.le) con rapporto di lavoro a
tempo/definito (ore settimanali)

7. di essere in possesso delle sottoelencate pubblicazioni:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

che sono prodotte in copia conforme agli originali, numerate da 1 a

Si allega documento di identità

Napoli

FIRMA
(per esteso e leggibile)

.....

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo (GDPR 769/2016)

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Il titolare dei trattamenti è l'AORN A. Cardarelli nella persona del Direttore Generale protempore domiciliato per la carica presso l'Azienda, Via Cardarelli n. 9, 80131 Napoli. In relazione al trattamento dei suddetti dati operati dall'Azienda, l'interessato è il titolare dei diritti previsti dall'ex art. 15 del GDPR 679/2016. In particolare ha diritto di conoscere i dati che lo riguardano e di chiedere l'aggiornamento, la rettifica o la cancellazione o il blocco dei dati di violazione di legge.