

Modello di domanda:

AL DIRETTORE GENERALE**AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 SUD**

Corso Alcide de Gasperi, 167 – 80053

Castellammare di Stabia Napoli

Il sottoscritto, _____, nato a _____
 il _____ e residente in _____ (Prov. Di _____) alla via
 _____ n. _____ (Cap: _____),

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare all'avviso, interno, per il conferimento dell'incarico di avviso interno di selezione per l'insegnamento delle discipline di seguito elencate del corso di Laurea in Infermieristica Corso di Laurea in Infermieristica Polo di Nola dell'Azienda Sanitaria Napoli 3 Sud per l'anno accademico 2012/2013:

☐ **Genetica Medica (Med/03);**☐ **Pedagogia Generale e Sociale (M-PED/01);**

pubblicato all'Albo Pretorio informatico dell'Asl Napoli 3 Sud sul link - Avvisi interni in data _____

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità ai sensi degli art. 46 e 47 DPR 445/2000 di:

- ☒ Essere nat _____ a _____ il _____;
- ☒ Essere residente in _____ alla Via _____ N. _____;
- ☒ Essere in possesso dei requisiti specifici di ammissione richiesti nel bando;
- ☒ Aver prestato i seguenti servizi presso le seguenti pubbliche Amministrazioni:

Qualifica _____ dal _____ al _____
 Qualifica _____ dal _____ al _____
 Qualifica _____ dal _____ al _____

___I___ sottoscritt___ elegge il proprio domicilio ai fini del presente avviso al seguente indirizzo:

Dr _____ Via _____
 _____ (CAP) _____ Telefono n. _____

E solleva l'amministrazione da ogni responsabilità in caso di mancato reperimento, riservandosi di comunicare, tempestivamente, ogni variazione dello stesso.

___I___ sottoscritt___ dichiara, inoltre, sotto la sua responsabilità, che quanto su affermato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e si obbliga a provarlo mediante la presentazione dei prescritti documenti nei termini e con le modalità stabilite dal bando.

___I___ a sottoscritt___ consente, con la presente, il trattamento dei propri dati personali, compreso i dati sensibili, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003, per lo svolgimento di tutte le procedure relative all'avviso pubblico.

___I___ sottoscritt___ allega alla presente domanda il curriculum professionale: (Allegati B2, B3, B4, B5)

Data _____

Firma _____

CURRICULUM STUDI

TITOLO DI STUDIO ED ANNO DI CONSEGUIMENTO

☐ LAUREA QUAD/QUINQ/MAGISTRALE IN

CON VOTAZIONE

CONSEGUITA NEL

PRESSO

☐ LAUREA TRIENNALE IN

CON VOTAZIONE

CONSEGUITA NEL

PRESSO

☐ ALTRA LAUREA☐ SPECIALIZZAZIONE IN

CONSEGUITA NEL

DURATA ANNI

☐ SPECIALIZZAZIONE IN

CONSEGUITA NEL

DURATA ANNI

☒ DIPLOMA DI DIRIGENTE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

CONSEGUITO NEL

PRESSO

☐ MASTER DI II LIVELLO IN

CONSEGUITO NEL

PRESSO

DURATA ANNI

☐ MASTER DI I LIVELLO/AFD IN

CONSEGUITO NEL

PRESSO

DURATA ANNI

☐ QUALIFICA PROFESSIONALE IN

CONSEGUITA NEL

PRESSO

CON VOTAZIONE

☐ ALTRI TITOLI ATTINENTI

ANNO ISCRIZ. ALBO

Redatto ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/00 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e dell'atto di notorietà).

FIRMA



ESPERIENZE DIDATTICHE**INSEGNAMENTO CORSO NON UNIVERSITARIO_ ENTI PUBBLICI**

DISCIPLINA INSEGNATA	ORE	ISTITUZIONE SANITARIA	SEDE	ANNO

INSEGNAMENTO CORSO UNIVERSITARIO STESSO SETTORE

DISCIPLINA INSEGNATA	CFU	ISTITUZIONE SANITARIA	SEDE	ANNO

Redatto ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/00
(dichiarazioni sostitutive di certificazioni e dell'atto di notorietà)

FIRMA

u1

INSEGNAMENTO CORSO UNIVERSITARIO SETTORE DIVERSO

DISCIPLINA INSEGNATA	CFU	ISTITUZIONE	SEDE	ANNO

ATTIVITA' DI TUTOR

SEDE	ISTITUZIONE SANITARIA	SEDE	ANNO

Redatto ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/00
(di licenze sostitutive di certificazioni e dell'atto di notorietà)

FIRMA



PUBBLICAZIONI		
TIPOLOGIA E TITOLO	RIVISTA/CASA EDITRICE	ANNO

ATTIVITA' LAVORATIVA		
TITOLO	UNITA' OPERATIVA	ANNI
DIRIGENTE DI II LIVELLO O EQUIP. CON DEGENZA O CON ATTIVITA' COMPLESSA		
DIRIGENTE DI I LIVELLO O EQUIP. CON DEGENZA O CON ATTIVITA' COMPLESSA		
COORDINATORE INFERMIERISTICO CON DEGENZA O CON ATTIVITA' COMPLESSA		
INFERMIERE CON DEGENZA O CON ATTIVITA' COMPLESSA		

Il/La sottoscritto/a dichiara la propria disponibilità a svolgere l'incarico secondo le esigenze organizzative del Polo Didattico, a garantire gli obiettivi propri di ogni singolo insegnamento, secondo quanto previsto dall'Ordinamento Didattico dell'Università degli Studi Di Napoli Federico II, nonché a garantire l'applicazione delle norme di disciplina previste dal Regolamento del Polo Didattico.

Il/La sottoscritto/a ai sensi del D. Lgs. 196/2003, autorizza L'ASL e l'Università degli Studi di Napoli Federico II al trattamento dei propri dati personali, al fine degli adempimenti per l'espletamento della procedura stessa.

In fede

Data _____

Firma _____

Redatto ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/00 (dichiarazioni sostitutive di certificazioni e dell'atto di notorietà)

LM