

Al Direttore Generale
Dell'A.O.R.N. S.G. Moscati di Avellino
Dr. Renato Pizzuti

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER LA COPERTURA DELLE ADE DEL CORSO DI LAUREA IN TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA UNIVERSITA' DELLA CAMPANIA LUIGI VANVITELLI – SEDE AORN S.G. Moscati – a.a. 2023/2024

Il/la sottoscritto/a

Codice Fiscale

CHIEDE

di essere ammesso /a alla procedura valutativa, per titoli, diretta al conferimento di n. 1 incarico di **ADE per la sede AORN SG Moscati di Avellino (AOSG AV) - codice sede A81.**

ADE cui si candida

SSD

COD INS.

ANNO (1° , 2° , 3°)

SEMESTRE (1°,2°)

presso la sede formativa dell' AORN SG MOSCATI di Avellino per il corso di **Laurea in TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA 2023/2024 e s.s.**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000:

- consapevole che questa Amministrazione effettuerà controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
- consapevole che qualora le sottoindicate dichiarazioni dovessero risultare, anche parzialmente, non conformi al vero, sarà escluso dalla procedura selettiva;
- consapevole, altresì, della responsabilità a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, nonché delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del predetto D.P.R.

DICHIARA

- che i propri dati anagrafici sono i seguenti:

Cognome

Nome				
Cod. Fiscale				
Nato/a				
Prov.		il		Cittadinanza
residente a				Prov.
in Via				n.
Tel.				
Cell.				
pec				
e-mail				

- di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dal bando;

- di prestare servizio presso la UOC/UOSD/UOS dell'AORN SG Moscati :

--

dal

--

- di avere il seguente profilo professionale/qualifica:

--

- di essere iscritto all'Ordine Professionale:

--

dal

--

- di essere in possesso della **Laurea** triennale specialistica/magistrale in:

--

conseguita presso

--

in data

--

con votazione

--

/

--

con lode

ovvero di titolo equipollente

--

conseguito presso

--

in data

--

con votazione

--

/

--

con lode

- di essere in possesso della **Laurea** triennale specialistica/magistrale in:

--

conseguita presso

--

in data

--

con votazione

--

/

--

con lode

ovvero di titolo equipollente

--

conseguito presso

--

in data

--

con votazione

--

/

--

con lode

- **CHIEDE** alla SV di volere rilasciare nulla-osta , ai sensi della vigente normativa, per lo svolgimento dell'incarico di ADE di cui si è candidato con la presente istanza per il Corso di laurea in TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA a.a. 2023/2024 ss dell'Università degli studi della Campania Luigi Vanvitelli, sede AORN SG Moscati;
- **DICHIARA** di non trovarsi in una situazione di incompatibilità nei confronti dell'Università degli studi della Campania Luigi Vanvitelli;
- **DICHIARA** di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della procedura per la quale la presente dichiarazione viene resa ed autorizza il trattamento dei propri dati personali per dette finalità.

(Luogo e Data)

Firma _____

Allega:

- fotocopia di un documento di riconoscimento e codice fiscale in corso di validità
- curriculum recante dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art 46 e 47 DPR 445/2000 attestante la veridicità delle dichiarazioni ivi contenute. (N.B. nel C.V. preferibilmente in formato europeo dovranno essere contenuti i dati anagrafici completi (nome, cognome, residenza, codice fiscale, email, recapito telefonico ... ecc.))
- programma dettagliato del corso di ADE il candidato intende erogare
- dichiarazione (ai sensi dell'art 46 e 47 DPR 445/2000) di essere dipendente a tempo indeterminato dell' AORN SG Moscati;
- la seguente ulteriore documentazione

Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni (*indicare solo se diverso dalla residenza*):

Città			
Prov		C.A.P.	
Via			n. <input type="text"/>
email	<input type="text"/>	pec	<input type="text"/>