

Codice procedura: **20099APINFCASEMANAGER**

**AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "S.MARIA"
Via Tristano di Joannuccio, snc
05100 – TERNI (TR)**

Il/La sottoscritto/a nato/a Prov.....
il.....residente a..... Via;
chiede di essere ammesso/a a partecipare all'**AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER IL CONFERIMENTO DI N. 2 INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO A PARTITA IVA DI COLL. PROF. SANIT. – INFERMIERE - CASE MANAGER PER IL PROGETTO "LOOP" (LOWER UMBRIA, UP & DOWN PROJECT).**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R 28.12.2000, n. 445 e s.m.i., consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art.76 DPR n.445/2000), dichiara sotto la propria responsabilità, quanto segue:

- a) di essere in possesso della cittadinanza(vedi nota 1) o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea, o loro familiari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, ovvero cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato o di protezione sussidiaria (art. 38 D.Lgs 165/2001 e s.m.i.);
- b) di godere dei diritti civili e politici;
- c) non essere stati destituiti o dispensati dall'impiego presso una pubblica amministrazione ovvero licenziati da una Pubblica Amministrazione, per persistente, inefficiente, rendimento ovvero a seguito dell'accertamento che l'impiego venne conseguito mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile. In particolare, di non avere condanne penali, anche non definitive e/o procedimenti penali in corso per reati contro la Pubblica Amministrazione o per reati commessi nello svolgimento delle attività oggetto della presente selezione;
- d) di essere in possesso della
- Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche (classe LM/SNT1),
 - Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie (classe LM/SNT2),
 - Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche (classe LM/SNT3);
- e) di essere in possesso della iscrizione all'Albo professionale dei.....;
- f) di avere esperienza certificata di lavoro in ambito oncologico (almeno 6 mesi);
- g) di avere esperienza certificata di lavoro nell'ambito della ricerca clinica;
- i) di conoscere la lingua inglese

che ogni comunicazione inerente il presente Avviso venga inviata al seguente indirizzo:

Via Comune..... Prov.

CAP recapiti telefonici.....

Il sottoscritto autorizza l'Azienda Ospedaliera al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e gli allegati, formati successivamente nell'ambito dello svolgimento della procedura ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/ 30.06.2003 e s.m.i.

Il sottoscritto allega la seguente documentazione, redatta come dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà:

- IL CURRICULUM FORMATIVO PROFESSIONALE DATATO E FIRMATO**
- FOTOCOPIA FRONTE RETRO DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE IN CORSO DI VALIDITÀ (OBBLIGATORIO)**

Luogo,..... data ____/____/____

Firma per esteso del dichiarante