

Avviso di selezione pubblica
Delibera del Direttore Generale n. 327 del 19 marzo 2012

OGGETTO: Selezione pubblica per titoli e colloquio per n. 7 incarichi di collaborazione coordinata continuativa per 36 mesi per attività di supporto a progetto di ricerca presso il DAI Medico-Chirurgico Polispécialistico "Cappella Cangiani"

Art. 1

È indetto un avviso di selezione pubblica per titoli e colloquio per il conferimento di n. 7 incarichi individuali per il periodo di tre anni, i cui requisiti sono previsti all'art. 2 del presente avviso di selezione.

Art. 2

Requisiti per l'ammissione

Requisiti Generali

- Per l'ammissione all'Avviso è richiesto il possesso dei seguenti requisiti:
 - a) essere cittadino italiano, salvo le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti o cittadinanza di uno dei paesi dell'Unione Europea;
 - b) idoneità fisica all'impiego. L'accertamento dell'idoneità fisica all'impiego – con osservanza delle norme in tema di categorie protette – è effettuato a cura dell'Azienda Ospedaliera Universitaria della SUN prima dell'ammissione in servizio;
 - c) avere il godimento dei diritti politici. I cittadini di stati membri della Unione Europea devono godere dei diritti civili e politici anche negli stati di appartenenza o di provenienza;
 - d) dichiarazione circa l'esistenza o meno di condanne penali;
 - e) dichiarazione di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione o decaduto per aver conseguito l'impiego mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;
 - f) di non trovarsi in situazione di incompatibilità con il Servizio Sanitario Nazionale secondo le vigenti disposizioni di legge.

Tutti i requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande di ammissione all'Avviso di Selezione.

L'esclusione dal suddetto avviso per difetto dei requisiti prescritti è disposta con Delibera motivata dal Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria.

Art. 3

Domande di partecipazione

La domanda di ammissione e la documentazione ad essa allegata, redatta in carta semplice, deve essere indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria della Seconda Università degli Studi di Napoli, Via Costantinopoli, 104 c.a.p. 80138 - Napoli ed inviata in plico chiuso, presso la sede dell'Ufficio Protocollo, sito in Via Costantinopoli n.104, Napoli.

Sul plico, deve essere indicato: Cognome, Nome e domicilio del candidato, nonché, la dicitura del conferimento a cui si intende partecipare.

La domanda di partecipazione, con la relativa documentazione allegata, deve pervenire, nei modi di cui sopra, pena l'esclusione dalla procedura, entro le ore dodici del ventesimo giorno successivo a quello di pubblicazione del presente bando sul BURC, ed all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera, nonché sul sito web www.policliniconapoli.it, presso la sede legale della stessa in Napoli, ubicata in Via S. Maria di

Nella domanda i candidati devono dichiarare sotto la propria responsabilità:

- 1) il cognome e il nome;
- 2) il luogo e la data di nascita;
- 3) il possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
- 4) il comune di iscrizione alle liste elettorali ovvero il motivo di non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- 5) le eventuali condanne penale riportate, ovvero di non aver riportato condanne penali;
- 6) i servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni e le cause di risoluzioni di precedenti rapporti di pubblico impiego;
- 7) il domicilio presso il quale si desidera siano trasmesse tutte le comunicazioni del caso, nonché il recapito telefonico;
- 8) il possesso dei requisiti specifici per l'ammissione all'avviso di selezione;
- 9) di prestare il proprio consenso al Trattamento dei dati personale ai sensi del D.Lgs n. 196/2003.

Art. 4

Documenti da allegare alla domanda di partecipazione

Alla domanda di partecipazione i candidati devono allegare:

- copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore;
- documentazione attestante il possesso dei requisiti specifici;
- una copia della laurea o diploma titolo equipollente;
- eventuali pubblicazioni ed altri titoli;
- eventuali attestati (corsi di perfezionamento, attività presso Istituti di Ricerca o altri, ecc.).
- tutti quei documenti scientifici e di carriera che il candidato ritenga opportuno presentare nel proprio interesse agli effetti della valutazione di merito;
- curriculum professionale e personale, datato e sottoscritto, contenente le attività professionali e di studio idonee ad evidenziare ulteriormente il livello di qualificazione professionale acquisito. Dette attività devono essere formalmente documentate;

Tutti i titoli devono essere prodotti in originale o autocertificati ai sensi dell'art. 75 della Legge 28/12/2000 n. 445, ferme restando le sanzioni penali previste per dichiarazioni mendaci, per falsità negli atti stabiliti dall'art. 76 nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente.

Non è ammesso nessun riferimento a documentazione esibita per partecipazione a precedenti Avvisi presso questa A.O.U.

Art. 5

Ammissibilità e valutazione delle domande

Saranno ammesse alla procedura solo le domande spedite o presentate nei termini indicati all'art. 3 e che risulteranno correttamente compilate e conformi alle previsioni di cui ai precedenti articoli.

Art. 6

Contenuti e criteri di valutazione

Le domande successivamente pervenute presso l'Amministrazione non saranno prese in esame.

Tutta la documentazione presentata dai candidati sarà valutata da apposita Commissione nominata dal Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria della SUN secondo la normativa vigente. La commissione formulerà la graduatoria generale di merito dei candidati che sarà approvata dal Direttore Generale ed utilizzata per scorrimento per il conferimento degli incarichi.

L'idoneità sarà conseguita dai candidati che otterranno un punteggio complessivo non inferiore ai 30/40simi dei punti disponibili.

La Commissione disporrà di n. 40 punti da ripartire come di seguito indicato:

- | | |
|---|------------------|
| 1) esame colloquio | fino a 20 punti; |
| 2) voto di laurea o titolo equipollente | fino a 10 punti; |
| 3) altre pubblicazioni o titoli | fino a 10 punti; |

La Commissione formulerà una graduatoria indicando gli idonei in ordine di merito. In caso di parità di punteggio l'incarico sarà attribuito al candidato più giovane di età. Il giudizio di merito della commissione è insindacabile.

Art. 7

Sottoscrizione del contratto di lavoro

L'A.O.U. stipulerà un contratto di lavoro a tempo determinato, per un periodo di 3 anni, con qualifiche indicate nel bando per ciascuna figura professionale, i vincitori dell'Avviso o coloro che subentreranno ai vincitori o dichiarati decaduti.

Art. 8

Trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo n. 196/2003, i dati personali forniti dai candidati nella domanda di partecipazione all'avviso di selezione pubblica saranno trattati unicamente per l'espletamento della selezione di cui al presente bando, anche con l'ausilio di strumenti elettronici, esclusivamente da personale autorizzato e con l'impiego di misure finalizzate a garantire la riservatezza dei dati stessi. I dati personali, anche sensibili, forniti dai candidati, potranno essere comunicati ad eventuali soggetti esterni che collaborino con l'Amministrazione per l'espletamento della procedura di selezione, ai privati che esercitino il diritto di accesso ai documenti amministrativi, nel rispetto di quanto stabilito dalle leggi e dai regolamenti in materia. Titolare del trattamento dei dati e' il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali - Direzione Generale delle risorse umane e Affari Generali.

I candidati potranno esercitare i propri diritti in base all'art. 7 e seguenti del decreto legislativo n. 196/2003.

Art. 9

Norme di salvaguardia e Remunerazione

L'Amministrazione si riserva comunque la possibilità di non dar seguito al conferimento dell'incarico, ove sopravvengano circostanze che, a suo insindacabile giudizio, siano valutate ostative al prosieguo della procedura in argomento, in regime di autotutela - si riserva la facoltà di revocare il presente bando, di sospendere o rinviare le prove concorsuali ovvero di sospendere o non procedere al conferimento dell'incarico, in ragione di esigenze attualmente non valutabili né prevedibili.

L'Azienda si riserva, altresì, la facoltà di assegnare il contratto anche in presenza di una sola domanda validamente presentata. Per quanto non espressamente previsto dal presente bando, si applicano le vigenti disposizioni normative e contrattuali in materia.

La remunerazione relativa all'espletamento dell'attività in questione, per quanto concerne il bando, sono a lordo dell'IRAP, degli oneri a carico dell'AOU e delle ritenute di legge a carico del percepente.

La liquidazione della retribuzione di cui al punto precedente è subordinata a pertinente dichiarazione a procedere sottoscritta dal Direttore del Servizio in cui sarà svolta l'opera e verrà effettuata semestralmente;

La polizza assicurativa, stipulata a totale carico dei candidati, coprente i seguenti rischi nell'esercizio dell'attività di che trattasi e che scagioni l'Azienda Ospedaliera da ogni responsabilità, diretta e/o indiretta per danni causati a se stessi e/o a terzi e/o a cose e con i seguenti massimali:

- € 50.000,00 in caso di malattia professionale senza franchigia;
- € 25.000,00 per rischi da RCT senza franchigia;

Il conferimento e l'espletamento dell'attività in argomento non costituirà, in alcun modo, rapporto di lavoro, a qualsiasi titolo, e, pertanto, non darà luogo a trattamenti previdenziali e/o assistenziali ai sensi dell' art. 2094 e seguenti del Codice Civile.

Solo il candidato assegnatario dell'incarico riceverà formale comunicazione in merito all'esito della procedura di cui al presente bando, mentre è consultabile, per tutti, la graduatoria generale presso l'Unità Operativa Complessa Gestione Risorse Umane dell'Azienda Ospedaliera, e sul sito web dell'Azienda Ospedaliera Universitaria della Seconda Università degli Studi di Napoli.

L'azienda Ospedaliera si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere e/o annullare il presente avviso, dandone comunicazione agli interessati.

Requisiti Specifici

- **Codice 1 - N. 1 laureato in Medicina e Chirurgia Specializzazione in Oftalmologia**
Importo lordo mensile omnicomprensivo € 1.700,00

Argomenti oggetto di valutazione: Riabilitazione dell'Ipovisione

Profilo Medico

1. Laurea in Medicina e Chirurgia con indicazione del voto conseguito;
2. Specializzazione in Oftalmologia;
3. Esperienza in centri pubblici nella diagnosi e prevenzione della ipovisione con particolare riferimento agli ausili ottici per Ipovedenti.

- **Codice 1.1. - N. 1 laureato in Medicina e Chirurgia Specializzazione in Oftalmologia**
Importo lordo mensile omnicomprensivo € 1.100,00

Argomenti oggetto di valutazione: Diagnostica psicofisica della retina

Profilo Medico

4. Laurea in Medicina e Chirurgia con indicazione del voto conseguito;
5. Specializzazione in Oftalmologia;
6. Esperienza in centri pubblici nella diagnosi e prevenzione della ipovisione con particolare riferimento alla diagnostica elettrofisiologica.

Requisiti Specifici

- **Codice 2 - N. 1 laureato in Medicina e Chirurgia Specializzazione in Psichiatria**
Importo lordo mensile omnicomprensivo € 900,00

Argomenti oggetto di valutazione: Psicopatologie e tecniche per l'intervento clinico - Psicologia delle disabilità

Psichiatra

1. laurea in medicina e chirurgia con indicazione del voto conseguito
2. specializzazione in Psichiatria
3. pregressa attività di ricerca svolta nel settore psichiatrico
4. competenza nell'utilizzo di strumenti di valutazione psicopatologica

- **Codice 3 - N. 1 Counselor e mediatore familiare**
Importo lordo mensile omnicomprensivo € 1.200,00

Argomenti oggetto di valutazione: Metodi e tecniche educative per ragazzi pluriminorati psicosensoriali

Counselor

1. Titolo di counselor e mediatore familiare
2. Titolo di operatore specializzato nell'intervento precoce in bambini con deficit visivo e pluri handicap
3. Documentata esperienza lavorativa in servizi educativi per soggetti pluriminorati psicosensoriali
4. Precedente esperienza lavorativa in un centro di riferimento regionale per l'ipovisione

Requisiti Specifici

- Codice 4 - N. 1 laureato in "educatore professionale per portatori di handicap"**
Importo lordo mensile omnicomprensivo € 1.200,00

Argomenti oggetto di valutazione: progettazione e realizzazione di interventi riabilitativi in Orientamento e Mobilità ed Autonomia personale

Educatore professionale per portatori di handicap

1. Diploma di laurea
2. Qualifica professionale di "tecnico dell'educazione e della riabilitazione in orientamento e mobilità ed autonomia personale per persone con disabilità visiva
3. Master biennale in "esperto dell'integrazione dei disabili visivi"
4. Frequenza a corsi professionalizzanti ad ambito tiflopedagogico/riabilitativo
5. Documentata esperienza lavorativa in servizi educativi riabilitativi per soggetti pluriminorati psicosensoriali
6. Precedenza esperienza lavorativa in un centro per l'ipovisione

- **Codice 5 - N. 2 laurea triennale/quinquennale in Ortottica ed Assistente in Oftalmologia**
Importo lordo mensile omnicomprensivo € 1.100,00

Argomenti oggetto di valutazione: Ausili ottici e tiftelotecnici

Ortottista ed assistente in oftalmologia

- laurea in Ortottica
- Formazione teorico-pratica in ipovisione.
- esperienza in abilitazione/riabilitazione visiva per persone ipovedenti.

Napoli,

IL DIRETTORE GENERALE AOU
AVV. P. CORCIONE

Allegato 1 al Bando di Avviso Pubblico

Facsimile di Domanda di partecipazione

**Al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera
della Seconda Università degli Studi di Napoli
c/o Ufficio Protocollo
Via Costantinopoli 104
80138 - Napoli**

Il/La Sottoscritto/a _____ chiede di essere ammesso/a all'Avviso Pubblico, per titoli ed esame colloquio, per n. 2 laureati in Medicina e Chirurgia con Specializzazione in Oftalmologia, della durata di 36 mesi, al fine di svolgere attività di studio ed approfondimento per il potenziamento del Centro per la prevenzione dell'ipovisione finanziato con i fondi dalla Regione Campania con DGRC 474/2010 Legge 284/97.

A tal fine consapevole delle responsabilità penali in cui incorre in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o di formazione di atti falsi, giusta art. 76 del DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni – nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in forza di dichiarazione non veritiera, giusta art. 75 DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la propria responsabilità dichiara, ai sensi di quanto disposto in materia dall'art. 46 DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, 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) di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto ad usufruire della riserva, precedenza e/o preferenza a parità di valutazione: _____
_____; (in caso di posizione negativa, riportare relativa dichiarazione)
- f) di essere/non 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;
- g) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici previsti dal bando:

- Laurea in _____, conseguita presso _____
_____ di _____ in data _____ con il voto _____;

- Abilitazione all'esercizio professionale di _____, conseguita presso _____
_____ di _____ in data _____ con il voto _____

- di essere in possesso della seguente esperienza professionale in qualità di _____
_____ conseguita presso le strutture, nei periodi, nel ruolo e tipologia delle prestazioni qui di seguito riportata: _____

re prestatore servizio presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni nei periodi e
a fianco di ciascuna di esse segnato: _____
cause di risoluzione del rapporto d'impiego);



di essere consapevole che l'incarico di cui al presente bando è a tempo determinato, comporta attività della durata di 36 mesi presso il Centro per la prevenzione dell'ipovisione della 2^ Clinica Oculistica dell'A.O.U. – S.U.N. e che il rapporto che si instaura con l'inizio attività, cessa, automaticamente, con la fine dell'opera di riferimento senza obbligo di preavviso;

- i) di accettare, senza riserva alcuna, tutte le condizioni e clausole di cui al bando relativo all'Avviso Pubblico cui, con la presente domanda, ne chiede l'ammissione;
- j) che il domicilio presso il quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione riguardante l'Avviso Pubblico in parola è il seguente:
Via/Corso _____ n° _____
C.a.p. _____ Città _____ telefono _____
- k) di autorizzare il trattamento di propri dati personali per le finalità di gestione dell'avviso selettivo di cui la presente è domanda di partecipazione, ex D. Lgvo196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

Data _____ Firma _____

Allegato 1.1 al Bando di Avviso Pubblico

Fac simile dichiarazione di autenticità

Dichiarazione autenticità copie fotostatiche documenti e titoli presentati in allegato alla domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico, per titoli ed esame colloquio per n. 2 laureati in Medicina e Chirurgia con Specializzazione in Oftalmologia, della durata di 36 mesi, al fine di svolgere attività di studio ed approfondimento per il potenziamento del Centro per la prevenzione dell'ipovisione finanziato con i fondi dalla Regione Campania con DGRC 474/2010 Legge 284/97.

Il/La sottoscritto/a _____, - documento di identità n. _____
Rilasciato da _____ allegato in fotocopia non autenticata, alla presente, ai sensi di quanto disposto in materia dal DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, consapevole delle responsabilità penali e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi, sotto la propria personale responsabilità dichiara che tutti i documenti e titoli presentati in fotocopia e allegati alla domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico in epigrafe alla presente dichiarazione, sono conformi ai rispettivi originali.

Data _____

Firma _____

Allegato 2 al Bando di Avviso Pubblico

**Al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera
della Seconda Università degli Studi di Napoli
c/o Ufficio Protocollo
Via Costantinopoli 104
80138 - Napoli**

Il/La Sottoscritto/a _____ chiede di essere ammesso/a all'Avviso Pubblico, per titoli ed esame colloquio, n. 1 laureati in Medicina e Chirurgia con Specializzazione in Psichiatria, della durata di 36 mesi, al fine di svolgere attività di studio ed approfondimento per il potenziamento del Centro per la prevenzione dell'ipovisione finanziato con i fondi dalla Regione Campania con DGRC 474/2010 Legge 284/97.

A tal fine consapevole delle responsabilità penali in cui incorre in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o di formazione di atti falsi, giusta art. 76 del DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni – nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in forza di dichiarazione non veritiera, giusta art. 75 DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la propria responsabilità dichiara, ai sensi di quanto disposto in materia dall'art. 46 DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, 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) di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto ad usufruire della riserva, precedenza e/o preferenza a parità di valutazione: _____
_____; (in caso di posizione negativa, riportare relativa dichiarazione)
- f) di essere/non 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;
- g) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici previsti dal bando:
- Laurea in _____, conseguita presso _____
_____ di _____ in data _____ con il voto _____;
- Abilitazione all'esercizio professionale di _____, conseguita presso _____
_____ di _____ in data _____ con il voto _____
- h) di avere/non avere prestato servizio presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni per i periodi e con le qualifiche a fianco di ciascuna di esse segnato: _____ (indicare le cause di risoluzione del rapporto d'impiego);

di essere consapevole che l'incarico di cui al presente bando è a tempo determinato, comporta attività della durata di 36 mesi presso il Centro per la prevenzione dell'ipovisione della 2^a Clinica Oculistica

- i) di accettare, senza riserva alcuna, tutte le condizioni e clausole di cui al bando relativo all'Avviso Pubblico cui, con la presente domanda, ne chiede l'ammissione;
- j) che il domicilio presso il quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione riguardante l'Avviso Pubblico in parola è il seguente:
Via/Corso _____ n° _____
C.a.p. _____ Città _____ telefono _____
- k) di autorizzare il trattamento di propri dati personali per le finalità di gestione dell'avviso selettivo di cui la presente è domanda di partecipazione, ex D. Lgvo196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

Data _____ Firma _____

Allegato 2.1 al Bando di Avviso Pubblico

Fac simile dichiarazione di autenticità

Dichiarazione autenticità copie fotostatiche documenti e titoli presentati in allegato alla domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico, per titoli ed esame colloquio n. 1 laureati in Medicina e Chirurgia con Specializzazione in Psichiatria, della durata di 36 mesi, al fine di svolgere attività di studio ed approfondimento per il potenziamento del Centro per la prevenzione dell'ipovisione finanziato con i fondi dalla Regione Campania con DGRC 474/2010 Legge 284/97.

Il/La sottoscritto/a _____, - documento di identità n. _____
Rilasciato da _____ allegato in fotocopia non autenticata, alla presente, ai sensi di quanto disposto in materia dal DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, consapevole delle responsabilità penali e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi, sotto la propria personale responsabilità dichiara che tutti i documenti e titoli presentati in fotocopia e allegati alla domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico in epigrafe alla presente dichiarazione, sono conformi ai rispettivi originali.

Data _____

Firma _____

Allegato 3 al Bando di Avviso Pubblico

Fac simile di Domanda di partecipazione

**Al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera
della Seconda Università degli Studi di Napoli
c/o Ufficio Protocollo
Via Costantinopoli 104
80138 - Napoli**

II/L _____ iso/a
all'Avviso Pubblico, per titoli ed esame colloquio, per un Counselor e mediatore familiare, della durata di 36 mesi, al fine di svolgere attività di studio ed approfondimento per il potenziamento del Centro per la prevenzione dell'ipovisione finanziato con i fondi dalla Regione Campania con DGRC 474/2010 Legge 284/97.

A tal fine consapevole delle responsabilità penali in cui incorre in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o di formazione di atti falsi, giusta art. 76 del DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni – nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in forza di dichiarazione non veritiera, giusta art. 75 DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la propria responsabilità dichiara, ai sensi di quanto disposto in materia dall'art. 46 DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, 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) di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto ad usufruire della riserva, precedenza e/o preferenza a parità di valutazione: _____
_____; (in caso di posizione negativa, riportare relativa dichiarazione)
- f) di essere/non 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;
- g) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici previsti dal bando:
- Laurea in _____, conseguita presso _____
_____ di _____ in data _____ con il voto _____;
- Abilitazione all'esercizio professionale di _____, conseguita presso _____
_____ di _____ in data _____ con il voto _____
- di essere in possesso della seguente esperienza professionale in qualità di _____
_____ conseguita presso le strutture, nei periodi, nel ruolo e tipologia delle prestazioni qui di seguito riportata: _____
- h) di avere/non avere prestato servizio presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni per i periodi e con le qualifiche a fianco di ciascuna di esse segnato: _____ (indicare le cause di risoluzione del rapporto d'impiego);

di essere consapevole che l'incarico di cui al presente bando è a tempo determinato, comporta attività della durata di 36 mesi presso il Centro per la prevenzione dell'ipovisione della 2^a Clinica Oculistica dell'A.O.U. – S.U.N. e che il rapporto che si instaura, cessa, automaticamente, con la fine dell'opera di riferimento senza obbligo di preavviso;

- i) di accettare, senza riserva alcuna, tutte le condizioni e clausole di cui al bando relativo all'Avviso Pubblico cui, con la presente domanda, ne chiede l'ammissione;



Via/Corso _____ n° _____
C.a.p. _____ Città _____ telefono _____

- k) di autorizzare il trattamento di propri dati personali per le finalità di gestione dell'avviso selettivo di cui la presente è domanda di partecipazione, ex D. Lgvo196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

Data _____ Firma _____

Allegato 3.1 al Bando di Avviso Pubblico

Fac simile dichiarazione di autenticità

Dichiarazione autenticità copie fotostatiche documenti e titoli presentati in allegato alla domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico, per titoli ed esame colloquio, per un Counselor e mediatore familiare, della durata di 36 mesi, al fine di svolgere attività di studio ed approfondimento per il potenziamento del Centro per la prevenzione dell'ipovisione finanziato con i fondi dalla Regione Campania con DGRC 474/2010 Legge 284/97.

Il/La sottoscritto/a _____, - documento di identità n. _____
Rilasciato da _____ allegato in fotocopia non autenticata, alla presente, ai sensi di quanto disposto in materia dal DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, consapevole delle responsabilità penali e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi, sotto la propria personale responsabilità dichiara che tutti i documenti e titoli presentati in fotocopia e allegati alla domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico in epigrafe alla presente dichiarazione, sono conformi ai rispettivi originali.

Data _____

Firma _____

Allegato 4 al Bando di Avviso Pubblico

Fac simile di Domanda di partecipazione

**Al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera
della Seconda Università degli Studi di Napoli
c/o Ufficio Protocollo
Via Costantinopoli 104
80138 - Napoli**

Il/La Sottoscritto/a _____ chiede di essere ammesso/a all'Avviso Pubblico, per titoli ed esame colloquio, per un educatore professionale per portatori di handicap, della durata di 36 mesi, al fine di svolgere attività di studio ed approfondimento per il

A tal fine consapevole delle responsabilità penali in cui incorre in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o di formazione di atti falsi, giusta art. 76 del DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni – nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in forza di dichiarazione non veritiera, giusta art. 75 DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la propria responsabilità dichiara, ai sensi di quanto disposto in materia dall'art. 46 DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, 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) di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto ad usufruire della riserva, precedenza e/o preferenza a parità di valutazione: _____
 _____; (in caso di posizione negativa, riportare relativa dichiarazione)
- f) di essere/non 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;
- g) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici previsti dal bando:
- Laurea in _____, conseguita presso _____
 _____ di _____ in data _____ con il voto _____;
 - Abilitazione all'esercizio professionale di _____, conseguita presso _____
 _____ di _____ in data _____ con il voto _____
 - di essere in possesso della seguente esperienza professionale in qualità di _____
 _____ conseguita presso le strutture, nei periodi, nel ruolo e tipologia delle prestazioni qui di seguito riportata: _____

- h) di avere/non avere prestato servizio presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni per i periodi e con le qualifiche a fianco di ciascuna di esse segnato: _____ (indicare le cause di risoluzione del rapporto d'impiego);

di essere consapevole che l'incarico di cui al presente bando è a tempo determinato, comporta attività della durata di 36 mesi presso il Centro per la prevenzione dell'ipovisione della 2^a Clinica Oculistica dell'A.O.U. – S.U.N. e che il rapporto che si instaura, cessa, automaticamente, con la fine dell'opera di riferimento senza obbligo di preavviso;

- i) di accettare, senza riserva alcuna, tutte le condizioni e clausole di cui al bando relativo all'Avviso Pubblico cui, con la presente domanda, ne chiede l'ammissione;
- j) che il domicilio presso il quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione riguardante l'Avviso Pubblico in parola è il seguente:
 Via/Corso _____ n° _____
 C.a.p. _____ Città _____ telefono _____

cui la presente è domanda di partecipazione, ex D. Lgvo196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

Data _____ Firma _____

Allegato 4.1 al Bando di Avviso Pubblico

Fac simile dichiarazione di autenticità

Dichiarazione autenticità copie fotostatiche documenti e titoli presentati in allegato alla domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico, per titoli ed esame colloquio, per un educatore professionale per portatori di handicap, della durata di 36 mesi, al fine di svolgere attività di studio ed approfondimento per il potenziamento del Centro per la prevenzione dell'ipovisione finanziato con i fondi dalla Regione Campania con DGRC 474/2010 Legge 284/97.

Il/La sottoscritto/a _____, - documento di identità n. _____
Rilasciato da _____ allegato in fotocopia non autenticata, alla presente, ai sensi di quanto disposto in materia dal DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, consapevole delle responsabilità penali e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi, sotto la propria personale responsabilità dichiara che tutti i documenti e titoli presentati in fotocopia e allegati alla domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico in epigrafe alla presente dichiarazione, sono conformi ai rispettivi originali.

Data _____

Firma _____

Allegato 5 al Bando di Avviso Pubblico

Fac simile di Domanda di partecipazione

**Al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera
della Seconda Università degli Studi di Napoli
c/o Ufficio Protocollo
Via Costantinopoli 104
80138 - Napoli**

Il/La Sottoscritto/a _____ chiede di essere ammesso/a all'Avviso Pubblico, per titoli ed esame colloquio, per n.2 laureati in ortottica ed assistente in oftalmologia, della durata di 36 mesi, al fine di svolgere attività di studio ed approfondimento per il potenziamento del Centro per la prevenzione dell'ipovisione finanziato con i fondi dalla Regione Campania con DGRC 474/2010 Legge 284/97.

A tal fine consapevole delle responsabilità penali in cui incorre in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o di formazione di atti falsi, giusta art. 76 del DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni – nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in forza di dichiarazione non veritiera,

- 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) di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto ad usufruire della riserva, precedenza e/o preferenza a parità di valutazione: _____
_____; (in caso di posizione negativa, riportare relativa dichiarazione)
- f) di essere/non 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;
- g) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici previsti dal bando:
- Laurea in _____, conseguita presso _____
_____ di _____ in data _____ con il voto _____;
- Abilitazione all'esercizio professionale di _____, conseguita presso _____
_____ di _____ in data _____ con il voto _____
- di essere in possesso della seguente esperienza professionale in qualità di _____
_____ conseguita presso le strutture, nei periodi, nel ruolo e tipologia delle prestazioni qui di seguito riportata: _____

- h) di avere/non avere prestato servizio presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni per i periodi e con le qualifiche a fianco di ciascuna di esse segnato: _____ (indicare le cause di risoluzione del rapporto d'impiego);
- di essere consapevole che l'incarico di cui al presente bando è a tempo determinato, comporta attività della durata di 36 mesi presso il Centro per la prevenzione dell'ipovisione della 2^a Clinica Oculistica dell'A.O.U. – S.U.N. e che il rapporto che si instaura con l'inizio attività, cessa, automaticamente, con la fine dell'opera di riferimento senza obbligo di preavviso;
- i) di accettare, senza riserva alcuna, tutte le condizioni e clausole di cui al bando relativo all'Avviso Pubblico cui, con la presente domanda, ne chiede l'ammissione;
- j) che il domicilio presso il quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione riguardante l'Avviso Pubblico in parola è il seguente:
Via/Corso _____ n° _____
C.a.p. _____ Città _____ telefono _____
- k) di autorizzare il trattamento di propri dati personali per le finalità di gestione dell'avviso selettivo di cui la presente è domanda di partecipazione, ex D. Lgvo 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

Allegato 5.1 al Bando di Avviso Pubblico

Fac simile dichiarazione di autenticità

Dichiarazione autenticità copie fotostatiche documenti e titoli presentati in allegato alla domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico, per titoli ed esame colloquio, per n.2 laureati in ortottica ed assistente in oftalmologia, della durata di 36 mesi, al fine di svolgere attività di studio ed approfondimento per il potenziamento del Centro per la prevenzione dell'ipovisione finanziato con i fondi dalla Regione Campania con DGRC 474/2010 Legge 284/97.

Il/La sottoscritto/a _____, - documento di identità n. _____

Rilasciato da _____ allegato in fotocopia non autenticata, alla presente, ai sensi di quanto disposto in materia dal DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, consapevole delle responsabilità penali e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi, sotto la propria personale responsabilità dichiara che tutti i documenti e titoli presentati in fotocopia e allegati alla domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico in epigrafe alla presente dichiarazione, sono conformi ai rispettivi originali.

Data _____

Firma _____