

Al Direttore Generale
Maria Concetta Conte
ASL Avellino

**Domanda di partecipazione alla procedura valutativa per affidamento di incarichi didattici
per il CdL in Infermieristica - a.a. 2025/2026 - Sede di formazione ASL Avellino**

Il/la sottoscritto/a _____

C H I E D E

di essere ammess_____ alla procedura valutativa, per titoli, diretta al conferimento di n. 1 incarico di insegnamento in _____

C.I. _____

SSD _____ Cod. Attività _____ CFU _____ n. ore _____ A/S _____ / _____ Sede

ASL Avellino per il corso di Laurea in Infermieristica per l'a.a. 2025/2026.

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.

D I C H I A R A

- che i propri dati anagrafici sono i seguenti:

Cognome _____

Nome _____ Codice Fiscale _____

nat_ a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / ____

cittadinanza _____ residente a _____

Prov. _____ in Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

- di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dal bando;
- di essere dipendente di ruolo della Struttura ASL Avellino;
- di essere iscritto all'Ordine Professionale _____ dal _____
- di essere in possesso della Laurea ☐ triennale ☐ specialistica/magistrale in _____

_____ conseguita presso _____
in data ____/____/____

con votazione ____/____ ovvero di titolo equipollente _____
_____ conseguito presso _____
_____ in data ____/____/____ con votazione ____/____

- di essere in possesso di:

☐ Dottorato di ricerca in _____
di durata _____ conseguito presso _____
in data ____/____/____ ovvero di titolo equipollente _____
conseguito presso _____ in data ____/____/____
con votazione ____/____

☐ Diploma di Specializzazione in _____
di durata _____ conseguito presso _____
in data _____ ovvero di titolo
equipollente _____
conseguito presso _____ in data ____/____/____
con votazione ____/____

☐ Diploma di Master di _____ livello in _____
di durata _____ conseguito presso _____
in data ____/____/____ ovvero di titolo equipollente _____
conseguito presso _____
in data ____/____/____ con votazione ____/____

☐ Certificazione linguistica attestante la competenza della lingua inglese
livello _____ conseguito presso _____ con votazione _____

dei seguenti altri titoli

- di possedere le sottoelencate esperienze professionali (ultimi 5 anni accademici):

☐ coordinamento delle attività teorico pratiche e di tirocinio pertinente al CdL di Infermieristica dal _____ al _____

☐ figura specialistica aggiuntiva a.a. _____

☐ esperienza lavorativa presso aziende del SSN _____

- 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:

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- Curriculum vitae, debitamente firmato, in formato europeo, recante la dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 attestante la veridicità delle dichiarazioni ivi contenute. Nel C.V. dovranno essere contenuti i dati anagrafici completi (nome, cognome, residenza, codice fiscale, e-mail, recapito telefonico ecc);
- dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi degli art. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 attestante il rapporto di dipendenza da codesta azienda (*All. 2*);
- Dichiarazione sull'insussistenza di cause di incompatibilità e di inconfiribilità (*All.3*);

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

presso

Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via _____ n. _____