

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. 2026/2027 – a.a. 2027/2028 – a.a. 2028/2029- Sede di formazione ASL Avellino**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

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 gli **a.a. 2026/2027 – a.a. 2027/2028 – a.a. 2028/2029**.

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 \_\_\_\_\_ 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

\_\_\_\_\_



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- 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 inconferibilità (*All.3*);

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

presso

---

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_