

Allegato A - Schema esemplificativo della domanda

ALL'ORDINE DEI MEDICI – CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI DI NAPOLI E PROV.
VIA RIVIERA DI CHIAIA, 9\C
80122 - NAPOLI

I sottoscritt_____ , chiede di essere ammesso a partecipare all'avviso di pubblica selezione per l'individuazione delle **Figure Professionali di Supporto (F.P.S.)** che, nell'ambito del Corso di formazione specifica di Medicina Generale (C.F.S.M.G.), avranno il compito di collaborare nella fase preparatoria delle lezioni, affiancare i Docenti del Corso durante i seminari nella gestione dell'aula e dei gruppi di discenti.

A tal fine I sottoscritt_ dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste, ai sensi e per gli effetti degli artt. 48 e 76, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, e delle previsioni dell'art. 75 del medesimo D.P.R.:

a) di essere nato a _____ prov. _____ il _____
C.F. _____

b) di avere la residenza in via/p.zza _____ n. _____
CAP _____ città _____ prov. _____
e-mail _____
p.e.c. _____
telefono _____ cell. _____

c) di essere in possesso della cittadinanza _____ ;

d) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____

ovvero di non essere iscritto nelle liste medesime, per i seguenti motivi:

_____ ;

e) di non aver riportato condanne penali o in alternativa di aver riportato le seguenti condanne (da rendere obbligatoriamente anche se negativa):

f) di non aver procedimenti penali in corso o, in alternativa, di avere i seguenti procedimenti penali pendenti (da rendere obbligatoriamente anche se negativa):

g) di essere fisicamente idoneo all'espletamento dell'incarico di F.P.S.

h) di essere in possesso del seguente titolo di laurea:

_____;

i) di essere in possesso di almeno uno dei requisiti di ammissione di seguito elencati (specificare con una crocetta):

<input type="checkbox"/>	Diploma di Formazione in Medicina Generale o Titolo equipollente
<input type="checkbox"/>	Esperienza in attività didattica e/o di tutor d'aula nel CFSMG
<input type="checkbox"/>	Esperienza professionale nella docenza interattiva con ausilio di I.C.T.
<input type="checkbox"/>	Attestato di Animatore di Formazione in Medicina Generale

l) Eventuale titolo aggiuntivo, ovvero esperienza di docente e/o tutor nella formazione accreditata Ecm per personale del SSN, come di seguito specificato: _____

Dichiara, inoltre:

- di autorizzare, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 30\06\2003 n. 196, come di recente integrato e modificato dal D. Lgs. 10\08\2018 n. 101), il trattamento dei dati personali;
- di aver preso conoscenza del bando, come sopra pubblicato e di accettare senza riserve le prescrizioni e precisazioni in esso contenute.

Ai fini che precedono, allega fotocopia di proprio documento di riconoscimento in corso di validità e curriculum vitae.

Data _____

In fede _____

