Allegato A

(FAC-SIMILE DOMANDA DI AMMISSIONE)

Al PRESIDENTE DEL CEINGE BIOTECNOLOGIE AVANZATE SCARL

VIA GAETANO SALVATORE 486

80145 NAPOLI

OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE FINALIZZATA ALLA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI “COORDINATORE DELLE ATTIVITÀ DIAGNOSTICO-ASSISTENZIALI PER GLI ASPETTI TECNICO-SCIENTIFICI PRESSO IL CEINGE BIOTECNOLOGIE AVANZATE S.C. a r.l.”

Il/La sottoscritto/a …................................................................................... chiede di partecipare alla selezione in oggetto indetta dal CEINGE BIOTECNOLOGIE AVANZATE SCARL

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 445/2000 e smi consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, quanto segue:

di essere

* nato/a il ………………..........………a …………………………….…………………......................…..
* residente a … ………………… in via ………………….………………………….……………… tel. nr.…………..…….....e-mail……………………………………………………………………………. PEC (posta elettronica certificata) ………………………...……………………..……………………
* cittadino italiano
* regolare nei confronti dell'obbligo di leva (per i cittadini soggetti a tale obbligo);
* di possedere idoneità fisica alle mansioni proprie del posto, ovvero compatibilità dell’eventuale handicap posseduto con le mansioni stesse;
* non essere esclusi dall’elettorato politico attivo;
* di esser a conoscenza dell'uso delle apparecchiature e delle applicazioni informatiche riferibili alle attività descritte nell’ oggetto del presente avviso;
* di avere buona conoscenza della lingua inglese;
* di non versare nelle condizioni di incompatibilità ed inconferibilità di incarichi ai sensi del decreto legislativo n. 39 del 2013;
* di non aver riportato condanne, anche non definitive, a pena detentiva non inferiore ad un anno per delitto non colposo ovvero a pena detentiva non inferiore a sei mesi per delitto non colposo commesso nella qualità di pubblico ufficiale o con abuso dei poteri o violazione dei doveri inerenti ad una pubblica funzione, salvo quanto disposto dal secondo comma dell’articolo 166 del codice penale;
* di non essere stato sottoposto, anche con provvedimento non definitivo, ad una misura di prevenzione, salvi gli effetti della riabilitazione prevista dall’articolo 15 della legge 3 agosto 1988, n.327, e dall’articolo 14 della legge 19 marzo 1990 n. 55 e non avere familiari conviventi che si trovino in tali condizioni;
* di essere immune da condanne penali che precludano la contrattualizzazione presso la Pubblica Amministrazione;
* di non trovarsi in una delle condizioni di incompatibilità e/o inconferibilità di cui al Dlgs 165/2001 e, laddove lavoratore dipendete di una pubblica amministrazione, si impegna a produrre preventiva autorizzazione e dichiarazione di insussistenza di ognuna delle condizioni di incompatibilità ed inconferibilità di incarichi ai sensi del decreto legislativo n. 39 del 2013 della medesima Pubblica Amministrazione, prima del conferimento dell’incarico;
* di non essere stato dichiarato decaduto da un impiego pubblico per la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità.
* L’assenza di una delle cause di esclusione o interdizione gai pubblici uffici, dall'affidamento o dalla contrattazione con la pubblica amministrazione, come previsto dall'art.80 del D.lgs. n. 50/2016;
* L’assenza di una condizione di contenzioso con il CEINGE scarl
* di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nell’ avviso di selezione del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pubblicato dal CENIGE scarl per la formazione della graduatoria conseguente all’esame ed all’istruttoria delle istanze di partecipazione
* di autorizzare che tutte le comunicazioni inerenti alla formazione di una graduatoria dei soggetti idonei all'esercizio dell'attività vengano effettuate all'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) sopra specificato.
* Di essere Titolare dei requisiti di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale della Campania n. 3958 del 7 agosto 2001 ai fini dell’Esercizio dell’Attività di Coordinatore delle attività diagnostico-assistenziali

**Dichiara altresì di accettare**

**o** la regolamentazione di cui all’avviso del…………….... in materia di selezione della sua domanda di partecipazione e pertanto a mezzo della sottoscrizione di questo modello fornisce ogni utile autorizzazione ad ogni buon fine normo/amministrativo e/o regolatorio del presente avviso

**ALLEGA:**

**Fotocopia di un documento valido d’identificazione;**

**Copia del Curriculum Vitae**

**Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**AUTORIZZA:**

**Il trattamento dei dati personali comunicati unicamente per le finalità di gestione della procedura per la quale vengono rilasciati, ai sensi del D. Lgs.196/2003.**

**Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**