

ALLEGATO B

AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "S.MARIA"
Via Tristano di Joannuccio, snc
05100 – TERNI (TR)

Il/La sottoscritto/a nato/a Prov.....
il..... residente a..... Via;
chiede di essere ammesso/a a partecipare all'Avviso Pubblico, per manifestazione di interesse n. 1 incarico di Farmacista specializzato o in formazione specialistica in FARMACIA OSPEDALIERA PER L'ESPLETAMENTO DEL PROGETTO DENOMINATO "IL FARMACISTA DI DIPARTIMENTO PER L'IMPLEMENTAZIONE DI POLITICHE DI GOVERNO CLINICO IN AMBITO ONCOLOGICO".

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R 28.12.2000, n. 445 e s.m.i., consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art.76 DPR n.445/2000), dichiara sotto la propria responsabilità, quanto segue:

- a) di essere in possesso della cittadinanza(vedi nota 1);
- b) di godere dei diritti civili e politici (i cittadini non italiani, devono specificare il godimento dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza o di provenienza)
- c) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di.....(vedi nota 2);
di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo.....;
- d) di non aver subito condanne penali anche non definitive, e di aver/non aver procedimenti penali in corso. In particolare, di non avere condanne penali, anche non definitive e/o procedimenti penali in corso per reati contro la Pubblica Amministrazione o per reati commessi nello svolgimento delle attività oggetto della presente selezione (vedi nota 3);
- e) di essere in possesso del **Diploma di Laurea**.....conseguito presso l'Università di in data.....;
- f) di essere in possesso della **Specializzazione** in..... presso l'Università di in data durata (.....) conseguito / non conseguito ai sensi del D.Lgs n. 257/1991 ovvero D.Lgs n. 368/1999, ovvero di essere farmacista in formazione specialistica iscritto alanno nella disciplina di
- g) di essere in possesso della iscrizione all'Albo professionale dei.....;
- h) di non avere alcuna limitazione lavorativa;
- i) che ogni comunicazione inerente il presente Avviso venga inviata al seguente indirizzo:

Via Comune..... Prov.

CAP recapiti telefonici.....

Il sottoscritto autorizza l'Azienda Ospedaliera al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e gli allegati, formati successivamente nell'ambito dello svolgimento della procedura ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/ 30.06.2003 e smi.

Il sottoscritto allega la seguente documentazione, redatta come dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà:

- o **IL CURRICULUM FORMATIVO PROFESSIONALE DATATO E FIRMATO**
- o **FOTOCOPIA FRONTE RETRO DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE IN CORSO DI VALIDITÀ (OBBLIGATORIO)**

Luogo,..... data ____/____/____

Firma per esteso del dichiarante

NOTE PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA

- 1) Specificare se italiana, di altro stato membro dell'Unione Europea;
- 2) In caso di non iscrizione o di cancellazione delle liste elettorali, indicarne i motivi;
- 3) In caso affermativo specificare le condanne riportate (anche in caso di amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale);