

**ALLEGATO B**

COD. PROC. 20152APSCFARMACIA

**AL DIRETTORE GENERALE  
AZIENDA OSPEDALIERA "S. MARIA"**  
Via Tristano di Joannuccio  
05100 TERNI (TR)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso all'Avviso Pubblico per l'attribuzione di un incarico **quinquennale di Direzione della Struttura Complessa di FARMACIA INTERNA**, indetto con delibera n. 901 del 21/12/2023.

**Il sottoscritto, dichiara sotto la propria responsabilità, 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 D.P.R. n. 445/2000), quanto segue:**

**DICHIARA**

**-di essere in possesso dei requisiti generali richiesti dal bando:**

- cittadinanza italiana ovvero \_\_\_\_\_
- iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ ovvero motivi della non iscrizione/cancellazione \_\_\_\_\_;
- di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali /sanzioni disciplinari pendenti a proprio carico ovvero di avere riportato \_\_\_\_\_;
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego ovvero licenziato da Pubbliche Amministrazioni per persistente, insufficiente rendimento ovvero a seguito dell'accertamento che l'impiego venne conseguito mediante la produzione di documenti falsi o viziato da invalidità non sanabile.

**-di essere in possesso dei requisiti specifici di ammissione:**

- laurea in Medicina e Chirurgia conseguita in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
e abilitazione alla professione medico chirurgica conseguita in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- iscrizione all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_
- diploma di Specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_  
presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ durata del corso anni \_\_\_\_\_
- anzianità di servizio di anni \_\_\_\_\_ maturata nella disciplina di \_\_\_\_\_
- attestato di formazione manageriale conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ovvero \_\_\_\_\_

di riservarsi di conseguire l'attestato di formazione manageriale entro un anno dall'inizio dell'incarico qualora conferito

**-di prestare attualmente servizio** con rapporto di lavoro subordinato presso la seguente Pubblica Amministrazione:

Azienda /Ente \_\_\_\_\_

nel profilo di \_\_\_\_\_ disciplina di \_\_\_\_\_

a tempo  indeterminato  determinato con rapporto di lavoro a tempo pieno.

**-di essere fisicamente idoneo alla mansione specifica**

- di avere la necessità dell'ausilio \_\_\_\_\_ per l'applicazione dell'art. 20 della Legge n. 104/1992;

**-che l'indirizzo al quale deve essergli fatta ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura e il seguente:**

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**ATTESTA**

- di aver preso visione del profilo oggettivo e soggettivo che caratterizza la struttura complessa in argomento, allegato e pubblicato sul sito [www.aospterni.it](http://www.aospterni.it) alla pagina "Bandi di Concorso";
- di essere consapevole dell'obbligo, in caso di variazione di indirizzo, di comunicazione all'Azienda, la quale non si assume responsabilità alcuna in caso di irreperibilità presso il recapito comunicato;
- di essere consapevole che prima della nomina del candidato prescelto, i *curricula* inviati dai concorrenti presentatisi al colloquio, verranno pubblicati sul sito internet aziendale;
- di acconsentire, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali, per le finalità e nei limiti di cui al bando e subordinatamente al puntuale rispetto della vigente normativa.

**DICHIARA inoltre (ai sensi artt. 19 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e smi)**

- che tutte le fotocopie dei titoli allegati ed elencati sono conformi all'originale;
- che quanto dichiarato nell'allegato curriculum formativo e professionale corrisponde al vero.

Il sottoscritto, allega, alla presente istanza la seguente documentazione:

- **curriculum formativo professionale datato e firmato**
- **documentazione della Direzione Sanitaria attestante la tipologia delle istituzioni dove è stato prestato servizio**
- **documentazione della Direzione Sanitaria attestante la tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate**
- **elenco pubblicazioni allegate**
- **modulo assenza cause di inconfiribilità/incompatibilità con l'incarico dirigenziale**
- **fotocopia fronte retro di un documento di identità personale in corso di validità**

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma