Allegato A

**Schema di domanda di partecipazione avviso relativo a:**

**progetto ottimizzazione spesa farmaceutica “Distribuzione diretta ed erogazione del primo ciclo terapeutico, DPC dei farmaci inclusi nel PHT”**

**progetto farmacista oncologo – UFA P.O. Sciacca**

*(N.B. Sbarrare una delle due caselle. In caso di presentazione di due candidature presentare due istanze separate)*

Spett.le

Direttore Generale ASP 1 Agrigento

Viale della Vittoria, 321

92100

Il/La Sottoscritto/a Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# CHIEDE

di partecipare alla procedura selettiva in oggetto

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci nonché per il caso di formazione e/o uso di atti falsi previsti dall’art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

**DICHIARA**

1. di essere cittadino \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di essere nel pieno godimento dei diritti civili e politici;
3. di essere residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
5. di non essere sottoposto a procedimenti penali;
6. di non essere incorso nella destituzione, dispensa, decadenza o licenziamento da precedente impiego presso una pubblica amministrazione
7. di essere in possesso dei requisiti specifici di cui al punto 4 dell’avviso pubblico, in particolare:
	* di essere in possesso della laurea in farmacia;
	* di essere iscritto al seguente albo professionale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
	* di essere titolare di specializzazione universitaria in farmacia ospedaliera o disciplina equipollente;
	* di essere abilitato all’esercizio professionale;
	* di essere in possesso di comprovata esperienza di lavoro, desumibile dal CV allegato alla presente istanza, maturata presso enti del SSN in attività riconducibili a quelle messe a selezione di durata:

almeno triennale;

di almeno trenta mesi e di essere consapevole che la candidatura potrà essere presa in considerazione solo nel caso che le istanze di candidati con almeno tre anni di esperienza risultino numericamente inferiori al numero degli incarichi di cui all’avviso.

**Allega alla presente domanda:**

* curriculum vitae con indicazione dei titoli posseduti;
* copia dei titoli posseduti o autocertificazione sul possesso degli stessi resa in conformità alle disposizioni contenute nel D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,
* fotocopia del documento di identità in corso di validità;

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

Il/La sottoscritto/a, in merito ai dati personali riportati nella seguente domanda, esprime il consenso al loro trattamento anche informatico per le finalità di cui alla selezione in oggetto, con le modalità di cui alla D.Lgs. 196/2003 e successive integrazioni e modifiche.

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