

Cod. procedura: 20267APFARMDIP

Allegato B

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

AVVISO PUBBLICO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE, PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO LIBERO PROFESSIONALE A PARTITA IVA PER ATTIVITA' DI FARMACISTA DIPARTIMENTALE NELL'AMBITO DEL PROGETTO "FARMACISTA DI DIPARTIMENTO PER L'IMPLEMENTAZIONE DI POLITICHE DI GOVERNO CLINICO IN AMBITO ONCOLOGICO" DA SVOLGERSI PRESSO LA STRUTTURA COMPLESSA DI FARMACIA.

__l__ sottoscritt__ nat __ a __
Prov. __ il __ residente in __
via __

CHIEDE

Di essere ammesso __ alla Manifestazione di Interesse per il conferimento di n. 1 incarico di lavoro autonomo a partita IVA di Farmacista dipartimentale nell'ambito del Progetto Farmacista di Dipartimento per l'implementazione di politiche di governo clinico in ambito oncologico".

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, sotto la propria responsabilità dichiara tutto quanto segue:

A tal fine dichiara di essere in possesso dei requisiti generali richiesti dal bando ed in particolare:

- di essere ☐ cittadino italiano;
☐ equiparato cittadino italiano in base alle leggi vigenti;
☐ cittadino di uno dei paesi dell'Unione Europea;
- di ☐ essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
☐ non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo _____
- di ☐ non aver riportato condanne penali
☐ aver riportato le seguenti condanne penali _____
(precisare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono e perdono giudiziale)

di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione previsti dal bando:

- a) Laurea Magistrale in Farmacia (LM-13) o Laurea in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche – CTF (LM-13);
- b) Iscrizione all'Albo professionale dei Farmacisti;
- c) Sarà valutato in via prioritaria il possesso della Specializzazione in farmacia Ospedaliera ovvero l'iscrizione alla scuola di Specializzazione in farmacia ospedaliera;

Inoltre dichiara:

- di autorizzare, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003, il trattamento dei dati personali per le finalità di gestione della selezione e l'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro;
- l'indirizzo presso il quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione;

Recapito telefonico _____

e-mail _____

1 sottoscritt_ allega alla domanda la seguente documentazione in un unico file:

- curriculum formativo e professionale datato e firmato;
- fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.

(data)

(Firma leggibile)