

ALLEGATO B
(fac-simile)

OGGETTO: “DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DI DIRIGENTE FARMACISTA A TEMPO DETERMINATO DA DESTINARE ALLA SEDE AREUS DI NUORO.”

___ I ___ sottoscritt___ _____, nat___ a _____ (Prov. _____) il _____, Codice fiscale _____ residente in _____ (CAP _____), Via _____, n. _____ e domiciliat___ per la procedura selettiva in _____ (CAP _____), Via _____, n. _____ - Tel. _____, indirizzo email _____, indirizzo PEC (personale) _____,

CHIEDE

(barrare la casella d'interesse)

- | |
|---|
| <p><input type="checkbox"/> di essere ammesso a partecipare alla selezione pubblica, per soli titoli, per la formulazione di una graduatoria, riservata ai farmacisti in possesso del titolo di specializzazione nella disciplina di Farmacia Ospedaliera e specializzazioni equipollenti, da utilizzare in ambito AREUS per la copertura a tempo determinato di un posto di Dirigente Farmacista.</p> <p><input type="checkbox"/> di essere ammesso a partecipare alla selezione pubblica, per soli titoli, per la formulazione di una ulteriore graduatoria da utilizzare in ambito AREUS in via sussidiaria rispetto alla precedente, riservata a farmacisti iscritti all'ultimo anno della scuola di specializzazione nella disciplina di Farmacia Ospedaliera e specializzazioni equipollenti.</p> |
|---|

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del DPR 445/00, e a pena di esclusione

DICHIARA

(barrare la casella di interesse)

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di uno dei Paesi dell'Unione Europea ed in specie _____ e di godere dei diritti civili e politici anche nello stato di appartenenza o di provenienza; di essere in possesso, fatta eccezione della titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i

cittadini della Repubblica; di avere ottenuto il riconoscimento da parte del Ministero della Salute dei titoli di studio e di abilitazione previsti per partecipare alla procedura concorsuale conseguiti all'estero;

di essere cittadino straniero che si trova in una delle condizioni di cui all'art. 38 D.lgs. 165/01 e all'art. 1, punto 1, del bando (allegare documentazione in copia conforme all'originale utilizzando il modello di dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui al fac-simile modulo H);

familiare di cittadino membro della UE, non avente la cittadinanza di uno Stato membro che sia titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;

cittadino di Paese terzo che sia titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;

titolare dello status di rifugiato;

titolare dello status di protezione sussidiaria.

di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ o non essere iscritto per i seguenti motivi _____;

di non aver riportato condanne penali. *(in caso contrario indicare le condanne penali anche qualora sia intervenuta l'estinzione della pena, o sia stato concesso il perdono giudiziale, o sia intervenuta la sospensione condizionale della pena, o sia stato accordato il beneficio della non menzione nel certificato generale del Casellario Giudiziale, o sia stata pronunciata sentenza di applicazione della pena su richiesta delle parti (c.d. patteggiamento – art. 444 c.p.p.). Nel caso in cui il candidato non si trovi nelle predette situazioni dovrà dichiarare espressamente l'assenza di condanne)* _____

di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali *(in caso contrario indicare i procedimenti penali)* _____

di non essere stato destituito dall'impiego ovvero licenziato presso pubbliche amministrazioni;

di trovarsi rispetto agli obblighi sul reclutamento militare nella seguente posizione: *(barrare la casella che interessa)*

esonerato;

obbligo assolto, (come da foglio matricolare dello stato di servizio):

di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____ conseguito presso l'Università degli studi di _____ in data /__/__/__/;

di essere iscritto all'Albo professionale _____ della provincia di _____ dal /__/__/__/;

di essere in possesso della specializzazione in _____ data di immatricolazione/__/__/__/ durata _____ anno e data conseguimento /__/__/__/

di essere al momento di presentazione della presente domanda iscritto all'ultimo della scuola di specializzazione in _____ presso la scuola di _____

di aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni *(specificare ed indicare le eventuali cause di risoluzione)* _____;

di non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;

che nei precedenti rapporti con PP.AA. non vi è stato recesso per giusta causa ai sensi del CCNL vigente;

di aver diritto di preferenza in graduatoria, a parità di punteggio, in base alle vigenti norme di leggi e regolamenti (art. 5 DPR 487/94) in quanto _____;

ai sensi del D.Lgs. 196/03, di accordare il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Il sottoscritto dichiara che le comunicazioni relative alla selezione in oggetto dovranno essere inviate all'indirizzo PEC sopra indicato e si impegna a far conoscere all'AREUS ogni eventuale variazione del proprio recapito PEC.

Il sottoscritto si impegna a far conoscere le successive eventuali variazioni di recapito.

DATA _____

FIRMA _____

Si allegano:

- curriculum formativo e professionale datato e firmato;
- *eventuale* – documentazione attestante il permesso di soggiorno in Italia
- *eventuale* – documentazione attestante il riconoscimento del titolo di studio e/o il servizio prestato all'estero
- elenco numerato di proprie pubblicazioni edite a stampa e copia delle stesse;
- fotocopia non autenticata ed in carta semplice di un documento d'identità valido;
- elenco in carta semplice dei documenti e dei titoli presentati, datato e firmato.

Allegato alla domanda di selezione pubblica, per soli titoli, per incarico a tempo determinato di Dirigente Farmacista - disciplina di Farmacia Ospedaliera ed equipollenti.

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Curriculum formativo e professionale, predisposto ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del DPR n. 445/00.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____

presenta, per la valutazione delle proprie attività, il seguente curriculum formativo e professionale quale allegato alla domanda di partecipazione alla selezione.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere consapevole delle sanzioni penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto **dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000**;
- di essere a conoscenza **dell'art. 75 del DPR 445/2000**, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora la ASSL, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione;
- di essere in possesso dei seguenti titoli:

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO

dichiarare ulteriori titoli accademici e di studio, oltre a quelli richiesti per l'ammissione alla selezione e già dichiarati nella domanda di partecipazione, come specializzazioni di livello universitario o eventuali altre lauree.

Titolo di studio	Data conseguimento e durata	presso
	/ ___ / ___ / ___ / Durata _____	
	/ ___ / ___ / ___ / Durata _____	
	/ ___ / ___ / ___ / Durata _____	

Se spazio insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine.

TITOLI DI CARRIERA

Servizi prestati con rapporto di DIPENDENZA (tempo indeterminato o determinato) presso STRUTTURE PUBBLICHE

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

ENTE <i>Denominazione e sede</i>	DAL	AL	Disciplina di inquadramento e regime del rapporto (tempo indeterminato o tempo determinato)	Impegno orario settimanale

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo: _____

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo: _____

Se spazio insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

Servizi prestati con rapporto di DIPENDENZA (tempo indeterminato o determinato) presso STRUTTURE PRIVATE

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

DATORE DI LAVORO PRIVATO <i>Denominazione e sede</i>	DAL	AL	Esatta Qualifica/Disciplina di inquadramento e regime del rapporto (tempo indeterminato o tempo determinato)	Impegno orario settimanale

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo:_____

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo:_____

Se spazio insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

**Servizi prestati con INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI / CO.CO.CO / CONSULENZA /
COLLABORAZIONE OCCASIONALE**

presso **STRUTTURE PUBBLICHE**

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

<i>ENTE Denominazione e sede</i>	<i>DAL</i>	<i>AL</i>	<i>Esatta Qualifica/Disciplina di inquadramento</i>
Tipologia contratto:			
<input type="checkbox"/> <i>Libero Professionale</i> <input type="checkbox"/> <i>Consulenza</i>		<input type="checkbox"/> <i>Co.Co.Co /</i> <input type="checkbox"/> <i>Collaborazione Occasionale</i>	
<i>ENTE Denominazione e sede</i>	<i>DAL</i>	<i>AL</i>	<i>Esatta Qualifica/Disciplina di inquadramento</i>
Tipologia contratto:			
<input type="checkbox"/> <i>Libero Professionale</i> <input type="checkbox"/> <i>Consulenza</i>		<input type="checkbox"/> <i>Co.Co.Co /</i> <input type="checkbox"/> <i>Collaborazione Occasionale</i>	
<i>ENTE Denominazione e sede</i>	<i>DAL</i>	<i>AL</i>	<i>Esatta Qualifica/Disciplina di inquadramento</i>
Tipologia contratto:			
<input type="checkbox"/> <i>Libero Professionale</i> <input type="checkbox"/> <i>Consulenza</i>		<input type="checkbox"/> <i>Co.Co.Co /</i> <input type="checkbox"/> <i>Collaborazione Occasionale</i>	

Se spazio insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

**Servizi prestati con INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI / CO.CO.CO / CONSULENZA
COLLABORAZIONE OCCASIONALE**

presso STRUTTURE PRIVATE

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

<i>ENTE Denominazione e sede</i>	<i>DAL</i>	<i>AL</i>	<i>Esatta Qualifica/Disciplina di inquadramento</i>
Tipologia contratto:			
<input type="checkbox"/> <i>Libero Professionale</i>			<input type="checkbox"/> <i>Co.Co.Co /</i>
<input type="checkbox"/> <i>Consulenza</i>			<input type="checkbox"/> <i>Collaborazione Occasionale</i>
<i>ENTE Denominazione e sede</i>	<i>DAL</i>	<i>AL</i>	<i>Esatta Qualifica/Disciplina di inquadramento</i>
Tipologia contratto:			
<input type="checkbox"/> <i>Libero Professionale</i>			<input type="checkbox"/> <i>Co.Co.Co /</i>
<input type="checkbox"/> <i>Consulenza</i>			<input type="checkbox"/> <i>Collaborazione Occasionale</i>
<i>ENTE Denominazione e sede</i>	<i>DAL</i>	<i>AL</i>	<i>Esatta Qualifica/Disciplina di inquadramento</i>
Tipologia contratto:			
<input type="checkbox"/> <i>Libero Professionale</i>			<input type="checkbox"/> <i>Co.Co.Co /</i>
<input type="checkbox"/> <i>Consulenza</i>			<input type="checkbox"/> <i>Collaborazione Occasionale</i>

Se spazio insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

PUBBLICAZIONI ,TITOLI SCIENTIFICI e CURRICULUM FORMATIVO

- Pubblicazioni: Il sottoscritto dichiara di essere autore o coautore delle sottoelencate pubblicazioni e, ai sensi dell'art. 19 e 47 del DPR 445 /2000, dichiara che le corrispondenti copie allegate al presente curriculum sono conformi all'originale.

Numerare progressivamente ed elencare i singoli titoli degli articoli o pubblicazioni e gli estremi della rivista allegandone copia in carta semplice. Nella copia dovrà essere riportata la stessa numerazione indicata al momento della compilazione della seguente dichiarazione avendo, inoltre, cura di evidenziare il proprio nominativo.

N.	DESCRIZIONE

1	
2	
3	
4	

Se spazio insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

- Titoli Scientifici (master e dottorati di ricerca)

N.	DESCRIZIONE (specificare denominazione e se master di 1° livello, se di 2° livello, o se dottorato di ricerca) l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato.
1	
2	
3	
4	

- Curriculum Formativo (attività di aggiornamento, formazione e didattica) l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

Dichiaro di aver partecipato alla seguente **attività di aggiornamento e formazione**:

Titolo dell'evento	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	
Durata	Giorni _____ ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM / esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Titolo dell'evento	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	
Durata	Giorni _____ ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM / esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Titolo dell'evento	
--------------------	--

In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	
Durata	Giorni _____ ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM / esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Se spazio insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

Di avere svolto le sottoelencate **attività didattiche**, in qualità di docente o di tutor:

1) Scuole universitarie o istituti scientifici:

A.A. ovvero ore insegnamento	Ente / Istituto	Materia	In qualità di Docente - specificare totale ore complessive

2) Attività di docenza in corsi di formazione:

A.A. ovvero ore insegnamento	Ente / Istituto	Materia	In qualità di Docente - specificare totale ore complessive

Ai sensi del D. Lgs. 196/03, Il sottoscritto accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Allega fotocopia di valido documento di identità.

Data _____

Firma _____