

**AL DIRETTORE GENERALE
ATS MONTAGNA
Via Nazario Sauro n. 38
23100 SONDRIO**

Il/La sottoscritt _____

chiede di partecipare all'Avviso Pubblico, per titoli e colloquio, per la formulazione di una graduatoria di **DIRIGENTE SANITARIO – AREA DI FARMACIA – DISCIPLINA DI FARMACEUTICA TERRITORIALE – RUOLO SANITARIO** – da utilizzare per il conferimento di incarichi a tempo determinato presso l'ATS Montagna.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere, DICHIARA sotto la propria responsabilità:

(barrare tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate)

1. di essere nato/a a _____ (Prov. di _____) il _____
2. di essere residente a _____ (C.A.P. _____)
in via _____ n. _____
n. telefono abitazione _____ n. telefono cellulare _____
indirizzo e-mail _____
3. di essere in possesso del seguente codice fiscale _____
4. di essere in possesso della cittadinanza italiana
ovvero
 di essere (per i cittadini appartenenti ad uno Stato della CEE) cittadino/a dello Stato di:

ovvero
 di essere familiare di cittadino di uno Stato membro dell'Unione Europea, non avente la
cittadinanza di uno Stato membro dell'Unione Europea, ma titolare di diritto di
soggiorno o del diritto di soggiorno permanente _____
ovvero
 di essere cittadino/a di uno Stato terzo all'Unione Europea _____
in possesso:
 del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo
ovvero in possesso:
 dello status di "rifugiato" o di "protezione sussidiaria"
5. per tutti i cittadini di Stato estero:
 possedere un'adeguata conoscenza della lingua italiana
6. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di: _____
 di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo: _____

7. di non avere subito condanne penali
 di avere subito le seguenti condanne penali: _____

8. di non avere procedimenti penali in corso
 di avere i seguenti procedimenti penali in corso: _____

9. di essere in possesso del seguente titolo di studio:

diploma di Laurea (vecchio ordinamento) in _____
conseguito in data _ / _ / _ _ _ _ presso Università degli Studi di _____

diploma di Laurea Specialistica (D.M. 509/99) in _____
appartenente alla Classe _____ conseguito in data _ / _ / _ _ _ _
presso Università degli Studi di _____

diploma di Laurea Magistrale (D.M. 270/04) in _____
appartenente alla Classe _____ conseguito in data _ / _ / _ _ _ _
presso Università degli Studi di _____

10. di essere in possesso del diploma di Specializzazione in disciplina di _____
conseguito il _ / _ / _ _ _ _
presso l'Università degli Studi di _____ (durata del corso: anni: ____)

di essere in possesso del diploma di Specializzazione in disciplina di _____
conseguito il _ / _ / _ _ _ _
presso l'Università degli Studi di _____ (durata del corso: anni: ____)

11. di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____
dal _ / _ / _ _ _ _

12. di prestare/aver prestato i seguenti servizi alle dipendenze di Pubbliche Amministrazioni:

Ente _____ dal _ / _ / _ _ _ _ al _ / _ / _ _ _ _
Qualifica _____

tempo pieno regime ridotto al % (n. ____ ore sett.)

Ente _____ dal _ / _ / _ _ _ _ al _ / _ / _ _ _ _
Qualifica _____

tempo pieno regime ridotto al % (n. ____ ore sett.)

Ente _____ dal _ / _ / _ _ _ _ al _ / _ / _ _ _ _
Qualifica _____

tempo pieno regime ridotto al % (n. ____ ore sett.)

13. di prestare/aver prestato i seguenti servizi alle dipendenze di Enti Convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale:

Ente _____ dal _ / _ / _ _ _ _ al _ / _ / _ _ _ _
Qualifica _____

tempo pieno regime ridotto al % (n. ____ ore sett.)

Ente _____ dal __/__/____ al __/__/____

Qualifica _____

tempo pieno regime ridotto al % (n. _____ ore sett.)

Ente _____ dal __/__/____ al __/__/____

Qualifica _____ livello/cat. _____

tempo pieno regime ridotto al % (n. _____ ore sett.)

14. di prestare/aver prestato i seguenti servizi alle dipendenze di Aziende Private:

Azienda _____ dal __/__/____ al __/__/____

Qualifica _____

tempo pieno regime ridotto al % (n. _____ ore sett.)

Azienda _____ dal __/__/____ al __/__/____

Qualifica _____

tempo pieno regime ridotto al % (n. _____ ore sett.)

Azienda _____ dal __/__/____ al __/__/____

Qualifica _____ livello/cat. _____

tempo pieno regime ridotto al % (n. _____ ore sett.)

15. di prestare/aver prestato servizio con rapporto di lavoro libero-professionale, convenzionale, di consulenza, di co.co.co. o attività espletata a seguito conferimento borse di studio presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni:

Ente _____ dal __/__/____ al __/__/____

Rapporto di lavoro _____

Qualifica _____ tempo pieno regime ridotto al % (n. ___ ore sett.)

Ente _____ dal __/__/____ al __/__/____

Rapporto di lavoro _____

Qualifica _____ tempo pieno regime ridotto al % (n. ___ ore sett.)

Ente _____ dal __/__/____ al __/__/____

Rapporto di lavoro _____

Qualifica _____ tempo pieno regime ridotto al % (n. ___ ore sett.)

16. di prestare/aver prestato servizio con rapporto di lavoro libero-professionale, convenzionale, di consulenza, di co.co.co. o attività espletata a seguito conferimento borse di studio presso i seguenti Enti Convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale o Aziende Private:

Ente _____ dal __/__/____ al __/__/____

Rapporto di lavoro _____

Qualifica _____ tempo pieno regime ridotto al % (n. ___ ore sett.)

Ente _____ dal __/__/____ al __/__/____

Rapporto di lavoro _____

Qualifica _____ tempo pieno regime ridotto al % (n. ___ ore sett.)

Ente _____ dal __/__/____ al __/__/____

Rapporto di lavoro _____

Qualifica _____ tempo pieno regime ridotto al % (n. ___ ore sett.)

17. di aver svolto le seguenti incarichi di insegnamento conferiti da Enti Pubblici:

Ente _____ tipologia del corso _____

materia di insegnamento _____

anno accademico _____ **n. ore totali** _____

Ente _____ tipologia del corso _____

materia di insegnamento _____

anno accademico _____ **n. ore totali** _____

Ente _____ tipologia del corso _____

materia di insegnamento _____

anno accademico _____ **n. ore totali** _____

18. di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione ovvero licenziato o dichiarato decaduto;

19. di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione (per i candidati di sesso maschile nati prima del 31.12.1985): _____

di aver svolto il servizio miliare dal __/__/____ al __/__/____ con la qualifica di _____ grado _____ presso _____

20. di accettare tutte le disposizioni contenute nel bando cui la presente domanda fa riferimento;

21. che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ed esonera l'ATS della Montagna da qualsiasi responsabilità in caso di sua irreperibilità:
Via _____ n° _____
Cap. _____ Città _____ Prov. (_____)

Indirizzo di posta elettronica certificata _____

22. che i documenti allegati sono conformi agli originali in proprio possesso, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445;
23. che quanto dichiarato nell'allegato curriculum formativo e professionale risponde a verità, ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445;
24. di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, rese ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016.

Si allega alla presente domanda:

- curriculum formativo e professionale, datato e debitamente sottoscritto
- documento di identità, in corso di validità
- un elenco analitico e leggibile, in carta semplice, dei documenti presentati
- _____
- _____

Luogo e data _____

FIRMA (*)

(*) La domanda deve essere sottoscritta davanti al dipendente addetto a ricevere la documentazione, oppure, presentata o inoltrata già sottoscritta, unitamente alla copia fotostatica non autenticata del documento di identità, in corso di validità, del dichiarante medesimo.

SOTTOSCRIZIONE APPOSTA AI SENSI DEGLI ARTT. 38, 39 E 47 DEL D.P.R. 28.12. 2000 N. 445:

- SOTTOSCRIZIONE IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO

VISTO, per la sottoscrizione apposta in mia presenza
_____, lì _____

IL DIPENDENTE ADDETTO

OVVERO

- SOTTOSCRIZIONE NON IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO
(Domanda presentata o inoltrata già sottoscritta, **unitamente a copia fotostatica non autenticata di documento di identità, in corso di validità**, del dichiarante medesimo).