



## ALLEGATO 1)

### SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA

Al Direttore SOC Farmacia  
Azienda Sanitaria Locale VCO  
Via Mazzini, 117  
28887 OMEGNA

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ chiede di poter partecipare al Bando di Pubblica Selezione per il conferimento di n. 1 Borsa di Studio della durata annuale dal titolo: "*Farmacovigilanza – Progetto Farmavigiter*" da assegnare a candidati Laureati In Farmacia O C.T.F Iscritti All'ordine Dei Farmacisti.

All'uopo dichiara sotto la propria responsabilità:

- a) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- b) di risiedere a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_;
- c) di essere cittadino/a italiano/a (ovvero di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana \_\_\_\_\_);
- d) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ (ovvero i motivi della non iscrizione e della cancellazione delle liste medesime);
- e) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- f) di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- g) di essere in possesso dei requisiti specifici di ammissione: Laurea in Farmacia o C.T.F. (*indicare l'esatta e completa dicitura della Laurea, la data e l'Università presso la quale è stata conseguita e la relativa votazione*), iscrizione all'Ordine dei Farmacisti;
- h) di aver prestato i seguenti servizi presso la Pubblica Amministrazione e le eventuali cause di cessazione. (In caso negativo dichiararlo espressamente);
- i) di autorizzare l'Azienda al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 e s.m.i., nonché del GDPR 679/2016 (Regolamento UE), finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura concorsuale e come indicato nel relativo bando;
- l) che il domicilio presso il quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative all'avviso è: \_\_\_\_\_ (indicare anche numero di telefono ed indirizzo e.mail).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

**All. 2)**

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**  
**(artt. 19 e 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la mia responsabilità

Dichiaro

Che le copie dei seguenti documenti, allegare alla presente dichiarazione, sono conformi agli originali

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Letto, confermato e sottoscritto

Data \_\_\_\_\_ Il dichiarante \_\_\_\_\_

N.B.

Allegare copia fotostatica (non autenticata) di un documento di identità.



**A.S.L. V.C.O.**

*Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola*

---