



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*
