

Al Direttore Generale della USL di Pescara  
Via R. Paolini, 45  
65124 PESCARA

Il sottoscritto (cognome e nome) .....  
chiede di essere ammesso a partecipare all'avviso pubblico per l'attribuzione di un incarico  
quinquennale di Farmacista Dirigente - Direttore "Farmacia Ospedaliera" indetto da codesta Azienda  
Unità Sanitaria Locale con deliberazione n. 1058 del 12 Ottobre 2010 e pubblicato nella Gazzetta  
Ufficiale - IV Serie speciale n. .87 del 2 Novembre 2010.

Dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle pene stabilite per false  
attestazioni e mendaci dichiarazioni dagli art. 483, 495 e 496 del Codice Penale, ai sensi del D.P.R. n.  
445/2000:

1 - di essere nato a .....(prov. di .....) il ..... e  
di risiedere in .....(prov. di .....) c.a.p. ....  
via ..... n. ....;

2 - di essere in possesso della cittadinanza .....(a);

3 - di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di ..... (b);

4 - di aver riportato le seguenti condanne penali (ovvero : di non aver riportato condanne penali)  
..... (c);

5 - di essere in possesso del diploma di laurea in .....

6 - di essere in possesso del diploma di specializzazione in .....

7 - di aver prestato i seguenti servizi, nelle seguenti discipline, presso Pubbliche Amministrazioni di  
cui all'art. 10 del D.P.R. n. 484/97: ..... (d);

8 - di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di  
.....;

9 - di essere abilitato all'Esercizio della professione di Farmacista;

10 - di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione:  
.....(e);

11 - di essere fisicamente idoneo all'impiego ed alla funzione;

12 - di avere adeguata conoscenza della lingua italiana; (f)

13 - di non essere stato destituito, dispensato o licenziato dall'impiego presso pubbliche  
amministrazioni;

14 - di prestare consenso, in base al D.Lgs.vo n. 196 del 30/06/2003, al trattamento dei dati personali.

Dichiara di voler ricevere ogni comunicazione relativa all'avviso al seguente indirizzo :

Nome ..... Cognome .....  
Via ..... n. ....  
c.a.p..... Città .....  
Recapito telefonico .....

Data .....

Firma .....

- 
- (a) - Italiana o di uno degli altri Stati membri dell'Unione Europea, indicando quale.
  - (b) - in caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalla liste elettorali indicarne i motivi.
  - (c) - Le condanne penali vanno dichiarate anche quando sia stata concessa amnistia, indulto, condono e perdono giudiziale.
  - (d) - Vanno dichiarati i servizi prestati presso pubbliche amministrazioni e le cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego.
  - (e) - Solo per i candidati di sesso maschile.
  - (f) - Tale dichiarazione è richiesta solo ai candidati che siano cittadini degli altri Stati membri dell'unione Europea.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat \_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
con riferimento all'istanza di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento dell'incarico di Farmacista Dirigente - Direttore "Farmacia Ospedaliera" indetto da codesta Azienda Unità Sanitaria Locale con deliberazione n. 1058 del 12 Ottobre 2010 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale - IV Serie speciale n. .87 del 2 Novembre 2010.

Dichiara, in sostituzione di certificazioni, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace:

**(a titolo esemplificativo si elencano alcune fattispecie che possono essere oggetto di dichiarazione sostitutiva di certificazione)**

\* di essere in possesso del Diploma di Laurea in \_\_\_\_\_,  
conseguito presso \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_

\* di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di  
farmacista, conseguita in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

\* di essere in possesso del diploma di specializzazione in :  
\_\_\_\_\_  
conseguito presso \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_

\* di essere iscritto all'ordine dei farmacisti della provincia di \_\_\_\_\_  
con il n.ro di iscrizione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

\* di essere in possesso dei seguenti titoli valutabili :  
Attestati di partecipazione a congressi, convegni, corsi di aggiornamento, di  
formazione professionale e di qualificazione tecnica ecc.

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

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_  
 nat \_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 con riferimento all'istanza di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento dell'incarico  
 quinquennale di Farmacista Dirigente - Direttore "Farmacia Ospedaliera" indetto da codesta Azienda  
 Unità Sanitaria Locale con deliberazione n. 1058 del 12 Ottobre 2010 e pubblicato nella Gazzetta  
 Ufficiale - IV Serie speciale n. .87 del 2 Novembre 2010.

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica  
 n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali in  
 caso di dichiarazione mendace:

**(a titolo esemplificativo si elencano alcune fattispecie che possono essere oggetto di  
 dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)**

**D I C H I A R A**

\* di aver prestato i seguenti servizi:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
 presso \_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
 presso \_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
 presso \_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
 presso \_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
 presso \_\_\_\_\_

di aver svolto attività di insegnamento:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
 presso \_\_\_\_\_

per un numero di ore pari a \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

N.B.: La firma in calce alla presente dichiarazione non dovrà essere autenticata.

Alla dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovrà essere allegata copia fotostatica  
 fronte retro, di un documento di identità del sottoscritto.Saranno ritenuti validi solamente i documenti di identità provvisti di fotografia e rilasciati da una  
 Amministrazione dello Stato.Qualora nei casi richiesti non venga prodotta copia del documento di identità, il candidato  
 verrà ammesso alla pubblica selezione, ma non si procederà alla valutazione dei titoli e/o delle  
 pubblicazioni.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_  
 nat \_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 con riferimento all'istanza di partecipazione all'avviso pubblico per l'attribuzione dell'incarico  
 quinquennale di Farmacista Dirigente - Direttore "Farmacia Ospedaliera" indetto da codesta Azienda  
 Unità Sanitaria Locale con deliberazione n. 1058 del 12 Ottobre 2010 e pubblicato nella Gazzetta  
 Ufficiale - IV Serie speciale n. .87 del 2 Novembre 2010.

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica  
 n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali in  
 caso di dichiarazione mendace,

**D I C H I A R A**

\* che le allegate copie delle seguenti pubblicazioni sono conformi all'originale:

TITOLI DEL LAVORO \_\_\_\_\_  
 AUTORI \_\_\_\_\_  
 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI \_\_\_\_\_

TITOLI DEL LAVORO \_\_\_\_\_  
 AUTORI \_\_\_\_\_  
 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI \_\_\_\_\_

TITOLI DEL LAVORO \_\_\_\_\_  
 AUTORI \_\_\_\_\_  
 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI \_\_\_\_\_

TITOLI DEL LAVORO \_\_\_\_\_  
 AUTORI \_\_\_\_\_  
 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

N.B.: La firma in calce alla presente dichiarazione non dovrà essere autenticata.

Alla dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovrà essere allegata copia fotostatica  
 fronte retro, di un documento di identità del sottoscritto.

Saranno ritenuti validi solamente i documenti di identità provvisti di fotografia e rilasciati da  
 una Amministrazione dello Stato.

Qualora nei casi richiesti non venga prodotta copia del documento di identità, il candidato  
 verrà ammesso alla pubblica selezione, ma non si procederà alla valutazione dei titoli e/o delle  
 pubblicazioni.

**CONSENSO DEI PARTECIPANTI A SELEZIONE A TUTELA DELLA RISERVATEZZA  
DEI PROPRI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

ai sensi dell'art. 81 del D.Lgs.vo n. 196/2003.

**ESPRESSIONE CONSENSO**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat \_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

- dopo essere stato informato dei propri diritti ( artt. 7,8,9,10 del D.Lgs.vo 196/2003) nei confronti del trattamento dei dati personali sensibili;

- dopo aver preso visione dell'informativa, ex art. 13 D.Lgs.vo n. 196/2003 e, quindi, consapevole che:

- a) i dati personali sensibili saranno utilizzati (nel rispetto della vigente normativa e tenuto conto degli obiettivi di riservatezza) esclusivamente per finalità inerenti le procedure relative alle prove selettive;
- b) il conferimento dei dati personali sensibili deve intendersi quale mera facoltà e non obbligo;
- c) in mancanza di conferimento dei dati sopra indicati le prestazioni di cui al punto a) non potranno essere espletate;
- d) qualora venisse autorizzato il trattamento dei dati sensibili, nei limiti e per le finalità di cui al punto a) che precede, questi potranno essere portati a conoscenza anche di soggetti pubblici e/o privati, (in aggiunta dei soggetti nominati dall'Azienda U.S.L. Responsabili o Incaricati al trattamento dei dati personali) che per conto dell'A.U.S.L. svolgono attività di supporto istituzionale;
- e) i trattamenti saranno effettuati in modalità cartacea, informatizzata e mista;
- f) i profili inerenti l'applicazione delle misure di sicurezza sono esplicitati nel D.P.S. (Documento Programmatico per la Sicurezza) di cui può essere presa visione presso l'ufficio Privacy aziendale;
- g) nel D.P.S. potrà essere presa visione dei nominativi delle ditte che svolgono attività in outsourcing per conto della A.U.S.L.

**C O N S E N T E**

che tali dati saranno trattati per i dovuti adempimenti amministrativi, relativi alla procedura di selezione.

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

**E' indispensabile allegare una fotocopia del documento di riconoscimento.**

Data \_\_\_\_\_