

SCHEMA DI DOMANDA

PEC: reclutamento.farmacisti@pec.ao-garibaldi.ct.it

Al Direttore Generale
Dell'ARNAS Garibaldi

LI/La sottoscritto/a.....
nato/a a.....ilresidente a in
Via/piazza..... n.....
Codice fiscale.....tel.....
..... Cellulare.....
mail..... Pec.....

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare alla procedura finalizzata al conferimento di incarichi di lavoro autonomo:

Per medici specialisti e specializzandi in Farmacia Ospedaliera

di cui all'avviso pubblico approvato da codesta Azienda con deliberazione n°
_____ del _____

A tal fine

DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 dpr 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 in caso di dichiarazioni mendaci del medesimo DPR 445/2000 quanto segue:

Di avere:

- Cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea, compresi anche i cittadini di Paesi Terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria;
- Conoscenza della lingua italiana, così come disposto dall'art. 1 del D.P.R. 752/1976 richiamato dall'art. 38 comma 3 ter del D.Lvo 165/2001;
- godimento dei diritti civili e politici;
- non aver riportato condanne penali;
- Idoneità fisica.

Dichiara, inoltre, di possedere:

- Diploma di Laurea in Farmacia
- Abilitazione all'esercizio della Professione di Farmacista
- Iscrizione all'albo dell'Ordine dei Farmacisti
- Farmacista Specialista in _____
- Farmacista Specializzando iscritto al _____ anno del corso di Formazione Specialistica in Farmacia
- di non essere attualmente dipendente del Servizio Sanitario Nazionale o di altra Pubblica Amministrazione Europea;

Allega alla presente copia del curriculum vitae, debitamente sottoscritto, e del documento d'identità.

In fede _____