

AL DIRETTORE DEL SERVIZIO UNICO
METROPOLITANO AMMINISTRAZIONE GIURIDICA
DEL PERSONALE
Via Gramsci n. 12
40121 Bologna

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ C.F. _____ residente in _____
via _____ - telefono _____
chiede di essere ammesso all'avviso pubblico di mobilità volontaria, ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs 30/3/2001 n. 165 e successive modificazioni, per la copertura di n. 1 posto a tempo pieno e a tempo indeterminato per le esigenze dell'Azienda USL di Imola nel profilo professionale di

DIRIGENTE FARMACISTA DELLA DISCIPLINA DI FARMACIA OSPEDALIERA

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R.n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci dichiara:

- 1) di essere in possesso della cittadinanza italiana (ovvero di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana _____) - (cancellare l'espressione che non interessa);
- 2) di essere dipendente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e a tempo pieno in qualità di Dirigente Farmacista della disciplina di **FARMACIA OSPEDALIERA** dal _____ presso la seguente Pubblica Amministrazione _____ con sede legale in _____ Via _____ città _____ nella _____ struttura _____;
- 3) di aver superato il relativo periodo di prova nel profilo professionale e disciplina in oggetto;
- 4) di essere in possesso di idoneità fisica al posto da ricoprire, senza alcuna limitazione e di non aver inoltrato istanza alla propria amministrazione per il riconoscimento di inidoneità anche parziale allo svolgimento delle predette funzioni;
- 5) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (ovvero: di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo: _____) - (cancellare l'espressione che non interessa);
- 6) di godere dei diritti civili e politici;
- 7) di non avere riportato condanne penali e di non avere conoscenza di procedimenti penali a proprio carico (ovvero: di avere riportato le seguenti condanne penali - da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale: _____) - (cancellare l'espressione che non interessa);
- 8) di non aver avuto sanzioni e procedimenti disciplinari ovvero di aver avuto i seguenti procedimenti disciplinari _____;
- 9) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego, ovvero licenziato da pubbliche amministrazioni ovvero di essere _____;
- 10) di essere in possesso dei titoli e dei requisiti richiesti per la copertura del posto in oggetto;
- 11) di aver conseguito il diploma di laurea in _____ il giorno _____ presso l'Università degli studi di _____;
- 12) di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici-chirurghi della provincia di _____ dal _____;

- 13) di aver conseguito il diploma di specializzazione in _____ il
giorno _____ presso l'Università degli studi di _____.
- 14) di essere in possesso dell'abilitazione professionale conseguita il _____;

Il sottoscritto chiede di ricevere ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura con la seguente modalità (barrare una sola modalità)

mediante posta elettronica certificata (PEC) al seguente indirizzo:
_____;

mediante comunicazione formale al seguente indirizzo :
Via _____ cap _____ Comune _____
provincia (_____) Telefono _____

Al fine della valutazione di merito, il sottoscritto presenta i documenti indicati nell'allegato elenco redatto in carta semplice ed un curriculum formativo e professionale datato e firmato.

Data _____

Firma _____

SI ALLEGA FOTOCOPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITÀ VALIDO

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Nato/a a _____ il _____

dichiara

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che quanto dichiarato nel sotto riportato curriculum corrisponde a verità che le eventuali fotocopie di titoli allegati sono conformi all'originale.

Data _____

Firma _____

SI ALLEGA FOTOCOPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITÀ VALIDO