**ALLEGATO A**

**FAC-SIMILE DI DOMANDA**

Al Direttore Generale

Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello

Viale Strasburgo, 233

90146 – Palermo

\_\_l\_\_sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov.di……..), Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, chiede di essere ammesso a partecipare all’avviso pubblico, per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, per **Farmacista specializzato**, ai sensi dell’art. 2 bis comma 1 lett. a) del D.L. 17/03/2020, n. 18, convertito in Legge n. 27/2020, per far fronte all’emergenza da covid-19, indetto da codesta Azienda Ospedaliera, come da avviso pubblicato integralmente sul sito web [www.ospedaliriunitipalermo.it](http://www.ospedaliriunitipalermo.it) il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

***A tale scopo, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità e di formazione di atti falsi, si applicheranno le sanzioni penali richiamate dall’art. 76 D.P.R. n. 445/2000, e che, ai sensi dell’art. 75 del citato decreto, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità***

***DICHIARA:***

1. cognome e nome
2. di essere nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov.di \_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_;
3. di essere residente in \_\_\_\_\_\_via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. di essere in possesso della cittadinanza italiana (ovvero, precisare il requisito sostitutivo);
5. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_) (ovvero precisare il motivo della non iscrizione o cancellazione );
6. Codice Fiscale o Partita IVA;
7. le eventuali condanne penali riportate e/o i procedimenti penali in corso, ovvero di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso ;
8. di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni e di provvedimenti iscritti nel casellario giudiziale;
9. di essere in possesso del seguente titolo di studio quale requisito specifico di ammissione di cui all’art. 2 dell’avviso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
10. di essere in possesso del diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito nell’anno accademico \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università degli Studi di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
11. di essere iscritto all’Ordine dei Farmacisti della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalla data del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
12. che non sussistono nei propri confronti cause di inconferibilità, incompatibilità o di conflitto di interesse, anche potenziale, rispetto all’incarico cui si partecipa, ai sensi della normativa vigente (D.Lgs. n.39/2013 DPR dell’art. 6 del DPR n. 62/2016 e dell’art. 53 comma 14 D.Lgs. n. 165/01);
13. di essere in possesso dell’idoneità fisica per lo svolgimento dell’attività inerente l’incarico;
14. di autorizzare l’Azienda al trattamento dei dati personali, ai sensi dell’art. 13 D.lgs 196 del 30 giugno 2003 e dell’art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, per l’espletamento della procedura selettiva, ivi compresa la pubblicazione sul sito dell’esito della selezione, come da formale autorizzazione allegata alla presente istanza (allegato F) così come previsto dall’art. 15 dell’avviso di selezione.
15. **di indicare il seguente indirizzo PEC presso il quale, ad ogni effetto, deve essere fatta ogni necessaria comunicazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ;

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( firma leggibile per esteso non autenticata)

**(N.B. Allegare copia del documento di identità in corso di validità)**