

ALLEGATO A  
Al Direttore Generale  
dell'Azienda ULSS 18  
Viale Tre Martiri, 89  
45100 - R O V I G O

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ CF  
\_\_\_\_\_ e residente a  
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a al concorso pubblico, per titoli e prove d'esame,  
per la copertura di n. 1 posto di **Dirigente Farmacista – disciplina:  
Farmaceutica Territoriale**, indetto da codesta Azienda ULSS.

**.Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, ovunque  
rilasciate nel contesto della presente domanda e nei documenti ad  
essa allegati, il dichiarante incorre nelle sanzioni penali  
richiamate nell'art. 76 del DPR n. 445/2000 oltre alla decadenza  
dei benefici conseguenti il provvedimento emanato in base alle  
dichiarazioni non veritiere,**

**DICHIARA**

1) di essere in possesso della cittadinanza italiana (ovvero di essere  
in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza  
italiana \_\_\_\_\_);

- 2) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_  
(ovvero di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo \_\_\_\_\_);
- 3) di non aver mai riportato condanni penali e di non avere procedimenti in corso (ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_, da indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale);
- 4) di essere in possesso del diploma di laurea: \_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- 5) di essere in possesso dell'abilitazione professionale: \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- 6) di essere in possesso altresì del diploma di specializzazione in \_\_\_\_: conseguito il \_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ della durata di \_\_\_\_\_;
- 7) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine professionale di \_\_\_\_\_;
- 8) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni;
- 9) di essere nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione \_\_\_\_\_;
- 10) di aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni SI NO (indicare eventuali cause di risoluzione dei rapporti di lavoro);
- 11) di aver diritto alla precedenza o preferenza, in caso di pari punteggio, in quanto \_\_\_\_\_ (allegare documentazione probatoria);

12) di essere, o non essere, portatore di handicap, ai sensi dell'art. 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 e pertanto informa di avere necessità nel corso dello svolgimento delle prove dei seguenti tempi aggiuntivi \_\_\_\_\_ nonché di aver diritto all'ausilio di \_\_\_\_\_ in relazione al proprio handicap (1);

13) di scegliere come lingua straniera per la verifica della prova orale (barrare la lingua scelta):

- inglese
- francese

14) di aver preso visione di tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nel bando di concorso e di accettarle senza riserva alcuna;

15) che le fotocopie di tutti i certificati/attestati allegati alla presente domanda sono conformi agli originali, ai sensi e per gli effetti dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000;

16) di accettare tutte le indicazioni contenute nel presente bando e di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003;

17) di impegnarsi a comunicare, per iscritto eventuali variazioni del recapito, riconoscendo che l'Azienda non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario e chiede che tutte le comunicazioni riguardanti la selezione vengano indirizzate a:

Dr. / Dr.ssa: \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_

(Prov. \_\_\_\_\_) Cap. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**Alla presente allega :**

- **Un curriculum formativo e professionale, datato e firmato;**
- **Un elenco, in triplice copia, dei documenti presentati;**
- **Copia autenticata nelle forme di legge, dei documenti e titoli che intende presentare ai fini della valutazione, (ovvero dichiarazioni sostitutive – modulo B e/o modulo C allegato);**
- **Una copia non autenticata e firmata di valido documento di riconoscimento;**

Data .....

Firma .....

**LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI ATTO NOTORIO E  
LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE  
DEVONO ESSERE COMPLETE DI TUTTI GLI ELEMENTI  
ED INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ATTO CHE  
SOSTITUISCONO.**

- **Le domande e la documentazione devono essere esclusivamente:**
  - inoltrate a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, all'AZIENDA ULSS 18 DI ROVIGO – VIALE TRE MARTIRI, 89 – 45100 ROVIGO;

- ovvero presentate all'UFFICIO PROTOCOLLO GENERALE - AZIENDA ULSS 18 DI ROVIGO – VIALE TRE MARTIRI, 89 – 45100 ROVIGO – dalle ore 9.00 alle ore 13.00 tutti i giorni feriali, Sabato escluso.

<sup>(1)</sup> Tale precisazione è richiesta solo ai candidati portatori di handicap, ai sensi della Legge 5.2.1992 n. 104.-

#### ALLEGATO B

#### **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(art. 46 DPR 445/2000)**

In riferimento alla domanda di partecipazione al concorso pubblico, per titoli e prove d'esame, per la copertura di n. 1 posto di **Dirigente Farmacista – disciplina: Farmaceutica Territoriale**, indetto da codesta Azienda ULSS

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 DPR 445/2000 sulla responsabilità penale di cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere e sotto la propria responsabilità

**DICHIARA,**

in sostituzione delle normali certificazioni, di essere in possesso dei sottoelencati titoli:

- 1)
- 2)
- 3)

4)

5)

Data ..... \_\_\_\_\_

(Firma del dichiarante per esteso e leggibile) (1)

**LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI  
CERTIFICAZIONI DEVONO ESSERE COMPLETE DI  
TUTTI GLI ELEMENTI ED INFORMAZIONI  
RELATIVE ALL'ATTO CHE SOSTITUISCONO.**

(1) La firma non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto. Nel caso in cui la domanda di partecipazione alla selezione venga spedita, alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica di un documento di identità del candidato.

#### ALLEGATO C

#### **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

**(art. 47 DPR 445/2000)**

In riferimento alla domanda di partecipazione al concorso pubblico, per titoli e prove d'esame, per la copertura di n. 1 posto di **Dirigente Farmacista – disciplina: Farmaceutica Territoriale**, indetto da codesta Azienda ULSS.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 DPR 445/2000 sulla responsabilità penale di cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere e sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

Che le allegate copie dei sottoelencati titoli, sono conformi agli originali:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Data ..... \_\_\_\_\_

(Firma del dichiarante per esteso e leggibile) (1)

**LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO NOTORIO DEVONO ESSERE COMPLETE DI TUTTI GLI ELEMENTI ED INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ATTO CHE SOSTITUISCONO.**

(1) La firma non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto. Nel caso in cui la domanda di partecipazione alla selezione venga spedita, alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica di un documento di identità del candidato.