

**Allegato "A"**  
**Domanda di ammissione**

AI DIRETTORE GENERALE  
Azienda U.L.SS. n. 7  
Via dei Lotti n. 40  
**36061 BASSANO DEL GRAPPA**

Il/La sottoscritto/a .....

chiede di essere ammesso/a all'avviso pubblico, n. 85/2022, per il conferimento di un incarico di:

**DIRETTORE DI UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE**  
**del Distretto 1 Bassano**  
**Profilo professionale: FARMACISTI - disciplina: Farmaceutica Territoriale**  
**(Area di Farmacia)**

Dichiara, consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni false, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000:

- 1) di essere nato a ..... il ..... e di risiedere attualmente a ..... in via .....nr. ....;
- 2) di avere il seguente codice fiscale: .....
- 3) di essere in possesso della cittadinanza italiana oppure, di possedere, la cittadinanza .....
- 4) di godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza o di provenienza e avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
- 5) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di ..... (in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste);
- 6) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari: .....
- 7) di avere/non avere riportato condanne penali e di avere/non avere procedimenti penali in corso ..... (in caso affermativo specificare quali e in caso negativo dichiararne espressamente l'assenza);
- 8) di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- 9) di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- 10) di non essere imputato in processi penali attinenti a delitti contro la Pubblica Amministrazione (Codice Penale, Libro II, Titolo II) o da cui possa derivare una situazione di incompatibilità ambientale o un grave pregiudizio per l'Azienda;
- 11) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni;
- 12) di essere in possesso del diploma di laurea in ..... conseguito il ..... presso l'Università degli Studi di .....; (qualora il titolo sia stato conseguito all'estero, indicare di seguito gli estremi del provvedimento di equipollenza/equiparazione ai titoli italiani, adottato dall'Autorità italiana competente
- 13) di essere in possesso del diploma di specializzazione in ..... conseguito il ..... presso l'Università degli Studi di ..... (qualora il titolo sia stato conseguito all'estero, indicare di seguito gli estremi del provvedimento di equipollenza/equiparazione ai titoli italiani, adottato dall'Autorità italiana competente);
- 14) di essere iscritto all'albo dell'ordine dei Farmacisti della Provincia di ..... dal .....
- 15) di essere in possesso dell'anzianità di servizio, di anni ....., nella disciplina di ....., richiesta ai fini dell'ammissione, maturata come specificatamente indicato nel curriculum formativo e professionale;
- 16) di avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni (specificare nel curriculum formativo e professionale tutti i dati relativi alla natura del rapporto di lavoro intercorso ed indicare le eventuali cause di risoluzione di precedenti impieghi);
- 17) che quanto dichiarato nel curriculum vitae corrisponde a verità;

18) di accettare tutte le indicazioni contenute nel bando e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione della procedura concorsuale e degli adempimenti conseguenti.

Di avere/non avere diritto all'applicazione dell'art. 20 della Legge 104/1992, specificando l'ausilio necessario, in relazione al proprio handicap, nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi per sostenere la prova d'esame.....

**Infine, accetta tutte le indicazioni contenute nel bando e dà espresso assenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi della normativa vigente, finalizzato alla gestione della procedura concorsuale e degli adempimenti conseguenti, anche con particolare riferimento alla pubblicazione del curriculum, della certificazione della casistica e delle pubblicazioni, nel sito internet aziendale, secondo quanto disposto dal punto 7 dell'Allegato "A" alla deliberazione della Giunta Regione del veneto del 6 settembre 2022, n. 1096.**

Chiede che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga fatta al seguente indirizzo:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
tel.: \_\_\_\_\_ tel. portatile: \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
Posta Elettronica Certificata \_\_\_\_\_

impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive, riconoscendo che l'amministrazione non assume responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario per la dispersione di comunicazioni, dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente o da mancata, oppure tardiva, comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per gli eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o a forza maggiore.

Data .....

.....  
(firma)

***Nel caso in cui la domanda venga spedita a mezzo servizio postale, o comunque, la firma non venga apposta davanti all'incaricato a ricevere le domande, deve essere allegata la fotocopia di un documento di identità personale in corso di validità.***

\*\*\*\*\*

*I dati personali trasmessi dai candidati per la partecipazione all'avviso, ai sensi della normativa vigente, saranno trattati per le finalità di gestione dell'avviso e per l'eventuale assunzione in servizio ovvero per la gestione del rapporto stesso. Per ogni altro riferimento al trattamento dei dati personali si fa riferimento al bando di avviso.*

**Allegato "B"**  
**Dichiarazione sostitutiva di Atto di Notorietà (art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)**

In riferimento alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per l'attribuzione dell'incarico di **Direttore di Unità Operativa Complessa ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE del Distretto 1 Bassano** (profilo professionale: FARMACISTI - disciplina: **Farmaceutica Territoriale - Area di Farmacia**) di cui al **Bando n. 85/2022**.

il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

- che le allegate copie dei sottoelencati documenti, sono conformi agli originali in mio possesso:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_

**A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.**

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

*I dati personali trasmessi dai candidati per la partecipazione all'avviso, ai sensi della normativa vigente, saranno trattati per le finalità di gestione dell'avviso e per l'eventuale assunzione in servizio ovvero per la gestione del rapporto stesso.  
Per ogni altro riferimento al trattamento dei dati personali si fa riferimento al bando di avviso*

**Allegato "C"**  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**  
**per i servizi prestati presso Pubblica Amministrazione**

In riferimento alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per l'attribuzione dell'incarico di **Direttore di Unità Operativa Complessa ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE del Distretto 1 Bassano** (profilo professionale: FARMACISTI - disciplina: **Farmaceutica Territoriale - Area di Farmacia**) di cui al Bando n. **85/2022**.

il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n.445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA di**

**- Aver prestato servizio alle dipendenze**

.....

- Indirizzo completo

.....

- Con il profilo professionale di

.....

- nella disciplina di ..... con incarico.....

.....

- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio ...../...../..... fine ...../...../.....

Tempo pieno;

Regime ridotto (n. \_\_\_\_\_ ore settimanali);

Rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato;

Tempo determinato;

A tempo unico;

A tempo definito:

Contratto libero – professionale (ex art. 7 D.Lgs 165/2001);

Collaborazione Coordinata e Continuativa;

Borsa di Studio;

Altro .....

eventuale aspettativa senza assegni dal.....al.....; dal.....al .....

(Nel caso di dichiarazioni di servizio indicare se ricorrono o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. In caso positivo, l'attestazione deve precisare la misura della riduzione del punteggio).

**A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.**

**Firma**

Data .....

.....

*I dati personali trasmessi dai candidati per la partecipazione al concorso, ai sensi della normativa vigente, saranno trattati per le finalità di gestione del concorso e per l'eventuale assunzione in servizio ovvero per la gestione del rapporto stesso. Per ogni altro riferimento al trattamento dei dati personali si fa riferimento al bando di concorso.*

**Allegato "D"**  
**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

In riferimento alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per l'attribuzione dell'incarico di **Direttore di Unità Operativa Complessa ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE del Distretto 1 Bassano** (profilo professionale: FARMACISTI - disciplina: **Farmaceutica Territoriale - Area di Farmacia**) di cui al Bando n. **85/2022**.

//La sottoscritto/a	Cognome .....	Nome .....
---------------------	------------------	---------------

nato/a il .....	a .....	Prov.....
-----------------	---------	-----------

ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

dichiara

<b>di essere in possesso della laurea in</b>	.....
<i>conseguita in data</i>	.....
<i>presso l'Università degli Studi di</i>	.....
<i>(solo in caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia)</i>	
<i>Riconoscimento a cura di</i>	.....
<i>in data</i>	.....
<i>(duplicare riquadro in caso di necessità)</i>	

<b>di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei</b>	.....
<i>della provincia di</i>	.....
<i>dal</i>	.....
<i>numero d'iscrizione</i>	.....

<b>di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:</b>	
<i>Specializzazione in</i>	.....
<i>conseguita in data</i>	.....
<i>presso l'Università degli Studi di</i>	.....
<i>Specializzazione in</i>	
<i>conseguita in data</i>	.....
<i>presso l'Università degli Studi di</i>	.....
<i>Specializzazione in</i>	
<i>conseguita in data</i>	.....
<i>presso l'Università degli Studi di</i>	.....
<i>(In caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia)</i>	
<i>Riconoscimento a cura di</i>	.....
<i>in data</i>	.....
<i>(duplicare riquadro in caso di necessità)</i>	

<b>di aver prestato servizio con rapporto di dipendenza in qualità di:</b>	
<i>Profilo professionale</i>	.....
<i>Disciplina</i>	.....
<i>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</i>	.....
<i>Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)</i>	.....
<i>Dal ..... al .....</i>	<i>con rapporto a tempo</i> <input type="checkbox"/> <i>determinato</i>
<input type="checkbox"/> <i>con interruzione di servizio dal ..... al .....</i>	<input type="checkbox"/> <i>indeterminato</i>
<i>per .....</i>	<i>e orario</i> <input type="checkbox"/> <i>tempo pieno</i> <input type="checkbox"/> <i>tempo ridotto</i>
	<i>(ore ...)</i>

Dal ..... al .....	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal ..... al ..... per .....	
Profilo professionale	.....
Disciplina	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	.....
Dal ..... al .....	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore...)
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal ..... al ..... per .....	
Dal ..... al .....	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal ..... al ..... per .....	
Profilo professionale	.....
Disciplina	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	.....
Dal ..... al .....	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal ..... al ..... per .....	
Dal ..... al .....	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal ..... al ..... per .....	

(duplicare riquadro in caso di necessità)

<b>di aver prestato attività di specialista ambulatoriale interno:</b>	
Nella branca di	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	.....
Dal ..... al .....	con impegno settimanale pari a ore ...
Nella branca di	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	.....
Dal ..... al .....	con impegno settimanale pari a ore ...
Nella branca di	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	.....
Dal ..... al .....	con impegno settimanale pari a ore ...

(duplicare riquadro in caso di necessità)

<b>di aver prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo (co.co.co., incarico libero- professionale, prestazione occasionale):</b>	
Profilo/Mansione/Progetto	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente...)	
Dal ..... al .....	con impegno settimanale pari a ore ...
Profilo/Mansione/Progetto	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal ..... al .....	con impegno settimanale pari a ore ...
Profilo/Mansione/Progetto	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente...)	
Dal ..... al .....	con impegno settimanale pari a ore ...

(duplicare riquadro in caso di necessità)

<b>Ambiti di autonomia professionale (indicare incarichi dirigenziali assegnati, ad es. incarico di direttore di Unità Operativa Complessa, di responsabile di Unità Operativa Semplice, professionale di alta specializzazione, ecc...)</b>	
Tipologia di incarico	
Denominazione Struttura di appartenenza	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	
Tipologia di incarico	
Denominazione Struttura di appartenenza	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	
Tipologia di incarico	
Denominazione Struttura di appartenenza	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	

(duplicare riquadro in caso di necessità)

<b>Di aver svolto attività didattica presso corsi di studio per il conseguimento di <u>diploma di laurea o di specializzazione</u></b>	
Nell'ambito del corso di	
Presso la Facoltà di	
Università di	
insegnamento	
a.a.....	Ore docenza complessive ...
Nell'ambito del corso di	
Presso la Facoltà di	
Università di	
insegnamento	
a.a.....	Ore docenza complessive ...
Nell'ambito del corso di	
Presso la Facoltà di	
Università di	
insegnamento	
a.a.....	Ore docenza complessive ...

(duplicare riquadro in caso di necessità)

<b>Di aver effettuato soggiorni di studio/addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere di durata non inferiore a un anno con esclusione dei tirocini obbligatori</b>	
Struttura	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	con impegno settimanale pari a ore ...
Struttura	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	con impegno settimanale pari a ore ...
Struttura	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	con impegno settimanale pari a ore ...

(duplicare riquadro in caso di necessità)





<b>Di aver partecipato quale UDITORE ai seguenti eventi formativi (corsi, congressi, convegni, seminari)</b>					
<i>Ente organizzatore</i>	<i>Titolo del corso</i>	<i>Periodo</i>	<i>Ore</i>	<i>Luogo di svolgimento</i>	<i>Crediti ECM (se previsti)</i>

*(duplicare righe in caso di necessità)*

\_\_\_\_\_ (data)

\_\_\_\_\_ (firma)