Allegato 1

Al Direttore Generale
Azienda Sanitaria Locale di Frosinone
PEC protocollo@pec.aslfrosinone.it

IL/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (prov. _____) il _____

Codice fiscale: _____ indirizzo di residenza: Via _____

n. _____ città _____ Prov. _____ cap. _____

indirizzo e-mail _____

indirizzo e-mail PEC _____

CHIEDE

di partecipare all' **AVVISO INTERNO PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI RESPONSABILE U.O.S. DENOMINATA "ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE DIRETTA" AFFERENTE AL DIPARTIMENTO DI FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI - DIPARTIMENTO INTERPRESIDIO OSPEDALE TERRITORIO**

A tal fine sotto la propria responsabilità e consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del PR N. 445/2000 e accertati in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice panali e dalle leggi speciali in materia di decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera:

DICHIARA

1. riguardo le condanne penali
   - ☐ di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
   - ☐ di avere riportato le seguenti condanne penali e/o procedimenti penali in corso: _____

   _____

   _____

   (specificare la violazione della legge e/o art.)

2. essere in possesso di un'anzianità di servizio di _____ anni nella disciplina oggetto dell'incarico;
3. di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, come recepito dal D. Lgs. 101/2018 che i dati di cui al presente avviso saranno trattati dall'Azienda con modalità sia manuale sia informatizzata, esclusivamente al fine di assolvere tutti gli obblighi connessi all'espletamento della presente procedura.

Si allega alla presente

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESIONALE

FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

Data_____

Firma _____

(la domanda deve essere sottoscritta dal candidato, pena nullità della stessa)

Allegato 2

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE DOTT./DOTT.SSA _____
(allegato alla domanda di partecipazione)

AVVISO INTERNO PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI RESPONSABILE U.O.S. DENOMINATA "ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE DIRETTA" AFFERENTE AL DIPARTIMENTO DI FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI - DIPARTIMENTO INTERPRESIDIO OSPEDALE TERRITORIO

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 il sottoscritto dichiara quanto segue:

DATI PERSONALI	
Cognome e Nome	
Data di nascita	
Indirizzo (residenza)	
Indirizzo (domicilio)	
Telefono	
E-mail PEC	
Nazionalità	
Titoli accademici e di studio *Elencare separatamente ciascun titolo accademico conseguito evidenziando per ognuno l'Ente e l'anno di conseguimento.* - *lauree* - *specializzazioni* - *dottorati* - *master* - *corsi di perfezionamento*	
Tipologia delle istituzioni e tipologia delle prestazioni erogate *Elencare:* - *la tipologia delle istituzioni in cui il candidato ha svolto la sua attività* - *la tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime*	
Esperienze lavorative E*lencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto evidenziando per ognuno:* - *nome e indirizzo dell'Azienda / Ente* *(specificare se pubblica o privata o accreditata con SSN)* - *periodo lavorativo* *(da gg.mm.aa. – a gg.mm.aa.)* - *qualifica ricoperta e tipologia del*	

rapporto di lavoro (lavoro subordinato, incarico libero prof.le ecc.) - *principali mansioni e responsabilità (specificare l'attribuzione di eventuali incarichi manageriali: direzione di moduli organizzativi, strutture semplici, strutture complesse e la normativa di riferimento*	
Soggiorni di studio o di addestramento prof.le E*lencare le singole attività attinenti la disciplina effettuate in rilevanti strutture italiane o estere di durata non inferiore a tre mesi con esclusione dei tirocini obbligatori precisando struttura, attività svolta, periodo (da gg.mm.aa. – a gg.mm.aa.)*	
Attività didattica E*lencare le singole attività didattiche presso corsi di studio per il conseguimento del diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario con indicazione dell'anno accademico, della materia e delle ore annue di insegnamento.*	
Corsi, congressi, convegni e seminari E*lencare le singole partecipazioni a corsi, congressi, convegni e seminari, anche effettuati all'estero, purchè abbiano in tutto o in parte, finalità di formazione e di aggiornamento professionale e di avanzamento di ricerca scientifica, nonché alla pregresse idoneità nazionali.* *Indicare per ogni evento il titolo, la durata, con /senza esame finale. Evidenziare la partecipazione in qualità di docente o relatore*	
Produzione scientifica E*lencare le singole pubblicazioni degli ultimi 10 anni edite a stampa indicando per ognuna il titolo, gli autori, la rivista scientifica.* *I singoli lavori devono essere elencati in maniera dettagliata nella presente parte del curriculum*	
Tipologia quantitativa e qualitativa delle prestazioni effettuate *Concerne l'attività/casistica misurabile in termine di volume e complessità riferita al quinquennio precedente alla data di pubblicazione dell'avviso .*	

Allegato 2

Attività di ricerca E*lencare le singole attività di ricerca pertinenti svolte (di rilievo nazionale o internazionale)*	
Capacità e competenze personali , capacità e competenze organizzative, relazionali, tecniche, manageriali *Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite*	

Data _____ *Firma* _____

Il sottoscritto è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che , inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell' art. 13 del D.L.vo 196/03

Data _____ *Firma* _____