

ALLEGATO A

Modello domanda di partecipazione procedura reclutamento.

AL DIRETTORE DELLA AREA VASTA n. 4  
Via Zeppilli, 18  
63900 F E R M O

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ chiede di essere ammesso/a a partecipare al bando di selezione per il conferimento di una **Borsa di Studio finalizzate alla realizzazione del progetto regionale "Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e promozione della farmacovigilanza attiva dei farmaci biologici in ambito dermatologico, gastroenterologico e reumatologico nella Regione Marche"** bandito da codesta Area Vasta con determina n. 101/AV4 del 07/02/2020, da svolgersi presso (il candidato può indicare solo una opzione):

- Area Vasta 1
- Area Vasta 2
- Area Vasta 4 (AV3, AV5)

A tale fine sotto la propria personale responsabilità

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

- 1) Di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- 2) Di essere residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_
- 3) Di essere in possesso:
  - della cittadinanza italiana
  - della cittadinanza di uno stato membro UE \_\_\_\_\_
  - della cittadinanza di uno stato terzo \_\_\_\_\_ titolare del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo (allegare dichiarazione attestante il possesso del requisito)
  - dello status di rifugiato (allegare dichiarazione attestante il possesso del requisito)
  - dello status di protezione sussidiaria (allegare dichiarazione attestante il possesso del requisito)
- 4) Di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_
- 5)  Di non aver riportato condanne penali.  
 Di aver riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_.
- 6) Di avere la seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari \_\_\_\_\_.
- 7) Di essere in possesso:
  - a) del diploma di laurea in vecchio ordinamento/specialistica/magistrale in Farmacia oppure Chimica e Tecnologie Farmaceutiche conseguita presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ (indicare giorno-mese-anno);
  - b) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ (indicare giorno-mese-anno) al n. di posizione \_\_\_\_\_;
  - c) di essere iscritto alla Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ (indicare giorno-mese-anno);
  - d) di svolgere attualmente tirocinio professionalizzante previsto dalla Scuola di Specializzazione presso l'Area Vasta n. .... di .....dal.....;
- 8) Di essere titolare della seguente casella di posta elettronica certificata \_\_\_\_\_  
(per l'invio della documentazione dovrà essere usato, a pena di esclusione, il formato aperto "PDF/A", indicato come formato per la conservazione dei documenti nel supplemento ordinario n. 20 alla G.U. del 13/03/2014)
- 9) Di dare il consenso al trattamento dei dati Personali (D.Lgs 196/2003).

10) Di aver diritto a precedenza e preferenze di legge in quanto (Allegare la documentazione probatoria \_\_\_\_\_)

11) Che il recapito presso il quale deve essere fatta, ad ogni effetto e fino a nuova comunicazione, ogni necessaria comunicazione è il seguente:

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

15) Di aver diritto, in quanto beneficiario della L. 104 del 5/2/92, dell'ausilio di \_\_\_\_\_ nonché di tempi aggiuntivi per l'espletamento delle prove pari a \_\_\_\_\_.

Ai fini della valutazione di merito allega i documenti e i titoli, oltre al curriculum, come riportati nell'accluso elenco in triplice copia.

In fede.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma