

**AL DIRETTORE GENERALE  
DELLA ASL LANCIANO-VASTO  
DOTT. MICHELE CAPOROSSÌ**

**OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AVVISO DI MOBILITÀ INTERNA PER UN POSTO DI DIRIGENTE SANITARIO FARMACISTA DA ASSEGNARE AL SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE DI VASTO**

Il/la sottoscritt\_\_ Cognome e Nome\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di essere ammess\_\_\_all'Avviso pubblico per soli titoli di mobilità interna per un posto di Dirigente Sanitario Farmacista da assegnare al servizio farmaceutico territoriale

**A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, e successive modificazioni ed integrazioni e consapevole della responsabilità penale prevista dall'art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,**

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

- di esser nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- di risiedere a \_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_
- n. \_\_\_\_\_
- di essere in possesso della cittadinanza italiana: SI NO

ovvero: di essere in possesso dei seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana

- 
- di essere di stato civile \_\_\_\_\_
  - di essere iscritt ... nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_

ovvero: di non essere iscritt ... nelle liste elettorali per il seguente motivo \_\_\_\_\_

- 
- di aver riportato le seguenti condanne penali

(da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale, In caso di ipotesi diversa non rilasciare alcuna dichiarazione);

- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio \_\_\_\_\_

(indicare - per tutti i titoli di studio ed i titoli professionali (abilitazioni, specializzazioni, etc.)

il tipo, gli Istituti o Enti e le date di conseguimento);

- di prestare servizio con rapporto di impiego presso \_\_\_\_\_
- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità di gestione dell'Avviso presso una banca dati autorizzata, ai sensi del D.L.vo 196/03.

Che l'indirizzo - con l'impegno di comunicare ogni eventuale variazione - al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente concorso è il seguente:

Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
Via /Piazza n. \_\_\_\_\_  
Telefono n. \_\_\_\_\_  
CAP Città \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Per i titoli presentati in fotocopia ai fini della loro valutazione, dichiarare la loro conformità agli originali con dichiarazione sostitutiva di notorietà. (allegare fotocopia documento d'identità)