

Allegato 1

Al Presidente
dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di
Napoli
Ufficio Amministrativo
Via Toledo, 156, 80134
Napoli (NA)

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere ammess_ alla procedura di valutazione comparativa finalizzata al conferimento, mediante stipula di contratto di diritto privato, di n. 1 incarico di prestazione occasionale **Rif.bando 1 /19**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R.n.445/2000e/o successive modificazioni per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

Cognome _____

Nome _____

Cod. fisc. _____

Sesso F M

Nat_ a _____ Prov. _____

Il _____

Per i cittadini stranieri indicare anche lo Stato

Domiciliato in _____ Prov. _____

Rec.Tel. _____

Dichiara(*) altresì, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R.n. 445/2000 e s.m.i., di essere in possesso del seguente requisito prescritto all'art. 5 dell'avviso pubblico(1):

- Diploma di Laurea (DL) in _____

conseguito secondo le modalità precedenti all'entrata in vigore del D.M. n. 509/99, in

data _____, presso _____,

con voto _____;

oppure

- Diploma di Laurea Specialistica (LS) in _____

_____ conseguito secondo le modalità successive al D.M. n. 509/99 e successive modificazioni ed integrazioni, appartenente

alla Classe n. _____ delle lauree

in _____,

in data _____, presso _____,

con voto _____;

oppure

- Diploma di Laurea Magistrale (LM) in _____ conseguito secondo le modalità di cui al D.M. n. 270/04 e successive modificazioni ed

integrazioni, appartenente alla Classe n. _____ delle lauree in

_____,

in data _____, presso _____,

con voto _____.

Dichiara, inoltre, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R.n.445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R.n.445/2000 e/o successive modificazioni per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e in attuazione di quanto disposto dall'art.18, comma 1, lett b) e c) della Legge n.240/2010, di non avere rapporto di parentela o di affinità, fino al 4° grado compreso, ovvero di coniugio con un componente del Consiglio Direttivo del Consorzio.

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre:

1) di accettare pienamente le condizioni riportate nel presente avviso pubblico, di essere pienamente consapevole della natura autonoma del rapporto lavorativo, nonché di conoscere ed accettare le norme per l'affidamento di incarichi di lavoro autonomo;

2) di voler ricevere ogni eventuale comunicazione relativa alla presente procedura al seguente recapito, impegnandosi a segnalare successive variazioni dello stesso: (indicare via, piazza ecc., numero civico, città, C.A.P., provincia, numero telefonico, email o eventuale indirizzo PEC):

ALLA PRESENTE DOMANDA(1):

ALLEGA NON ALLEGA

A) elenco dei titoli, documentati con una o più delle seguenti modalità:

1) in originale;

2) in copia autentica, in carta semplice;

3) in fotocopia riportante in calce la dichiarazione sostitutiva (*all.2*) di atto di notorietà resa ai sensi degli artt.19 e 47 D.P.R. n.445/2000 e s.m.i., che ne attesti la conformità all'originale;

ALLEGA NON ALLEGA

B) dichiarazione sostitutiva di certificazione (*all.3*) e/o di atto di notorietà ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000 e s.m.i.;

Data

Firma

(*) Allega, a tal fine, copia fotostatica non autenticata di un documento di identità.

(1) Barrare la casella che interessa

I dati personali, sensibili e giudiziari dei candidati saranno trattati dall'Amministrazione ai sensi dell'art.13 del D.Lgs.n.196 del 30.6.2003, recante norme sul trattamento dei dati personali: i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell'ambito delle attività istituzionali del Ordine dei Farmacisti di Napoli, titolare del trattamento. All'interessato competono i diritti di cui all'art.7 del D.Lgs.n.196/2003.

Allegato 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 19 e 47 DPR 445 del 28/12/2000 e s.m.i.)

Il/la sottoscritto/a:

Cognome _____

Nome _____

Cod. fisc. _____

Sesso F M

Nat_ a _____ Prov. _____

Il _____

Per i cittadini stranieri indicare anche lo Stato

Domiciliato in _____ Prov. _____

Rec.Tel. _____

dichiara*

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e/o successive modificazioni per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che le fotocopie, relative ai documenti di seguito indicati ed allegati alla presente dichiarazione sostitutiva, sono conformi

all'originale: _____

Data

Firma

(*) Allega, a tal fine, copia fotostatica non autenticata di un documento di identità.

I dati personali, sensibili e giudiziari dei candidati saranno trattati dall'Amministrazione ai sensi dell'art.13 del D.Lgs.n.196 del 30.6.2003, recante norme sul trattamento dei dati personali: i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell'ambito delle attività istituzionali del Ordine dei Farmacisti di Napoli, titolare del trattamento. All'interessato competono i diritti di cui all'art.7 del D.Lgs.n.196/2003.

Allegato 3

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E/O DI ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000 e s.m.i.)

Il/la sottoscritto/a:

Cognome _____

Nome _____

Cod. fisc. _____

Sesso F M

Nat_ a _____ Prov. _____

Il _____

Per i cittadini stranieri indicare anche lo Stato

Domiciliato in _____ Prov. _____

Rec.Tel. _____

dichiara*

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R.n.445/2000 e/o successive modificazioni per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, di essere in possesso dei seguenti **titoli valutabili**, ai sensi dell'art.6 dell'avviso pubblico (dichiarare specificamente natura, oggetto durata di un incarico, Ente conferente ecc.), per la valutazione dei titoli da parte della Commissione:

Data

Firma

(*) Allega, a tal fine, copia fotostatica non autenticata di un documento di identità.

I dati personali, sensibili e giudiziari dei candidati saranno trattati dall'Amministrazione ai sensi dell'art.13 del D.Lgs.n.196 del 30.6.2003, recante norme sul trattamento dei dati personali: i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Ordine dei Farmacisti di Napoli, titolare del trattamento. All'interessato competono i diritti di cui all'art.7 del D.Lgs.n.196/2003.