

Al Presidente
dell'Ordine dei Farmacisti di Napoli
Via Toledo,156-Cap 80134- Napoli
Napoli (NA)

Procedura di valutazione, per titoli, per il conferimento di n.1 incarico di contratto occasionale da espletarsi presso l'Ordine dei Farmacisti di Napoli

Oggetto servizio di verifica di tutti gli affidamenti di forniture, servizi e di lavori c.d. MEPA e di tutti gli incarichi individuali esterni anche di lavoro autonomo, nonché la verifica di tutti gli adempimenti in materia di trasparenza (Dlgs 33/2013) ed anticorruzione Legge 190/2012"

Rif. ORDINE/OCCASIONALE/BANDO1

___ I ___ sottoscritt___, nat ___ il___
a ___ (provincia ___), e residente in
___ (provincia ___), via ___, n. ___, cap
___, Tel. ___, Cell. ___,
E-mail ___,
Codice fiscale _____

CHIEDE

di essere ammess___ alla procedura di valutazione di cui all'oggetto.

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

- a) di essere cittadino/a _____;
- b) di essere in possesso dei requisiti prescritti all'art.5 del bando di concorso, ed in particolare di essere in possesso del titolo di Laurea in _____
conseguito in data _____ presso _____
- c) ovvero del seguente titolo universitario equipollente: _____
- d) di godere dei diritti civili e politici;
- e) di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- f) di essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- g) di eleggere ai fini di ogni eventuale comunicazione relativa alla procedura selettiva, il seguente indirizzo:
via _____, n. _____, cap _____, Città _____
(provincia _____);
- i) di impegnarsi a comunicare, tempestivamente, ogni eventuale variazione della propria residenza o del recapito sopra indicato;
- j) la piena accettazione delle condizioni riportate nel bando di concorso e la piena consapevolezza della natura autonoma del rapporto lavorativo;

___ I ___ sottoscritt___, allega alla presente domanda:

- copia del curriculum vitae et studiorum, debitamente sottoscritto, con indicazione delle eventuali precedenti esperienze coerenti con l'oggetto della prestazione;
- elenco dei titoli posseduti (secondo le modalità di cui all'art.5 del bando di concorso);
- fotocopia di un documento d'identità in corso di validità;

·dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante il possesso di certificazioni rilasciate dalla pubblica amministrazione ulteriori allegati: _____

Data _____ Firma _____

_ I _ sottoscritt__ dichiara, inoltre, di essere di essere consapevole che, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, i dati personali forniti saranno utilizzati dall'Ordine dei Farmacisti di Napoli solo per fini istituzionali e per l'espletamento della procedura concorsuale e che, in particolare, gli competono i diritti di cui all'art.7 del citato decreto legislativo.

Data _____ Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000

Al Presidente
dell'Ordine dei Farmacisti di Napoli
Via Toledo,156-Cap 80134- Napoli
Napoli (NA)

__ I __ sottoscritt__ _____,
nato il _____
_____ a _____ (provincia _____), e residente in
_____ (provincia _____), via _____, n. _____, cap
_____,
Codice fiscale _____

in relazione alla domanda di partecipazione alla procedura di valutazione, per titoli per il conferimento di n.1
incarico di contratto occasionale da espletarsi presso l'Ordine dei Farmacisti di Napoli.

Rif. ORDINE/OCCASIONALE/BANDO1

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt.75 e 76 del D.P.R.
n.445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

☐ di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

☐ di essere, inoltre, in possesso dei seguenti altri titoli e/o attestati ritenuti utili ai fini della selezione:

☐ Altro (specificare)

__ I __ sottoscritt__ dichiara altresì di essere consapevole che l'Ordine dei Farmacisti di Napoli in ogni fase
della procedura, si riserva la facoltà di accertare la veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni o
di atti di notorietà rese dai candidati, ai sensi del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i., e che in caso di richiesta i
candidati sono tenuti ad indicare tutte le informazioni necessarie a tale verifica.

__ I __ sottoscritt__ dichiara, inoltre, di essere consapevole che, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, i dati
personali forniti saranno utilizzati dall'Ordine dei Farmacisti di Napoli solo per fini istituzionali e per
l'espletamento della procedura concorsuale e che, in particolare, gli competono i diritti di cui all'art.7 del
citato decreto legislativo.

Data _____ Firma _____