

Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliera
Ordine Mauriziano di Torino
Via Magellano, 1
10128 Torino

Il/La sottoscritto/a _____
chiede di poter partecipare alla selezione pubblica per n. 1 Borsa di Studio (**codice identificativo OM31**) nell'ambito del progetto ***“Implementazione dell'attività di distribuzione diretta alla dimissione da ricovero ordinario, day hospital e visita specialistica ambulatoriale, in ottemperanza all'evolversi del quadro normativo”*** da svolgersi presso la S.C. Farmacia dell'A.O. Ordine Mauriziano di Torino.

All'uopo dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di dichiarazioni mendaci:

- di essere nato a _____ prov. (_____) il _____ ;
- di risiedere a _____ prov. (____) Via _____ ;
- di essere cittadino italiano (o di possedere i requisiti sostitutivi di cui all'art. 11 del DPR20/12/1979 n. 761);
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (in caso negativo specificare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalla lista medesima: _____);
- di non aver riportato condanne penali (in caso affermativo specificare le condanne riportate: _____);
- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____ conseguito presso _____ il _____ ;
- di essere iscritto presso l'Ordine dei Farmacisti della provincia di _____ ;
- di non intrattenere rapporto di lavoro dipendente con altri Enti pubblici e privati e di essere consapevole che la Borsa di Studio non instaura alcun rapporto di lavoro;
- di essere / non essere in possesso di Partita IVA (in caso positivo, indicare codice di attività e sua denominazione) _____ ;

- Di essere consapevole che l'A.O. Ordine Mauriziano di Torino tratterà i propri dati personali relativamente all'espletamento delle procedure del bando in oggetto.

Il sottoscritto dichiara altresì che il domicilio, l'indirizzo di posta elettronica e il numero telefonico presso cui deve essere fatta ogni comunicazione relativa alla selezione sono i seguenti:

Domicilio: _____

E-mail: _____

Telefono: _____

Data

FIRMA

Si allega copia (non autenticata) di un documento d'identità.