

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA BORSA DI STUDIO

AL DIRETTORE DEL
SERVIZIO UNICO
METROPOLITANO
AMMINISTRAZIONE DEL
PERSONALE

Il/La sottoscritt/a _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

CODICE FISCALE _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____ tel _____

Indirizzo @ _____ indirizzo pec@ _____

CHIEDE

di essere ammesso/a all'avviso pubblico per l'assegnazione di n. 1 **BORSA DI STUDIO** riservata a: Laureati in Farmacia o Chimica e Tecnologie Farmaceutiche finalizzata alle attività di studio e ricerca nell'ambito del progetto: "Sviluppo di attività del Centro Regionale di Farmacovigilanza volte a migliorare la Sicurezza nell'uso dei farmaci" da svolgersi presso il Centro Regionale di Farmacovigilanza della Regione Emilia Romagna.

con **SCADENZA IL 12 MAGGIO 2022.**

A tal fine **dichiara** sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DP.R. 28/12/2000 N.445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- di essere in possesso della cittadinanza _____;
- di non aver compiuto il settantesimo anno d'età ;
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (ovvero: di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo: _____) - (cancellare l'espressione che non interessa);
- di _____ (ESSERE/NON ESSERE) stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione o licenziati per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- non avere riportato condanne penali (ovvero: di avere riportato le seguenti condanne penali - da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale: _____) - (cancellare l'espressione che non interessa);

i cittadini NON ITALIANI EXTRA U.E. dovranno dichiarare:

di ESSERE in possesso del Permesso di soggiorno per soggiornanti di lungo periodo OVVERO di NON ESSERE in

DICHIARA ALTRESÌ DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI REQUISITI SPECIFICI:

- **LAUREA IN** _____ classe di laurea _____

conseguita il _____ presso l'Università di _____ ovvero **LAUREA IN** _____ conseguita ai sensi del vecchio ordinamento universitario;

DICHIARA ALTRESÌ DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI REQUISITI PREFERENZIALI AI FINI DELLA

VALUTAZIONE:

Specializzazione in Farmacia Ospedaliera;

documentata esperienza di Farmacovigilanza e sugli errori di terapia da farmaci, maturata presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale, con particolare riferimento al controllo e alla registrazione delle schede di segnalazione spontanea ADR; conoscenza della lingua inglese ;

capacità di utilizzo dei principali programmi informatici (excel, word, power point, access);

Il/La sottoscritto/a chiede di ricevere ogni necessaria comunicazione relativa alla presente selezione con la presente modalità:

mediante posta elettronica certificata al seguente indirizzo PEC _____

oppure

mediante comunicazione formale al seguente indirizzo:

(specificare cognome–nome-via-cap-comune-telefono- tel. cellulare-indirizzo di posta elettronica)

Il/la sottoscritto/a dichiara ai sensi del DPR 445/00 che quanto dichiarato nel CURRICULUM ALLEGATO corrisponde a verità e che le copie allegate sono conformi all'originale.

Al fine della valutazione di merito il/la sottoscritto/a presenta i documenti indicati nell'allegato elenco redatto in carta semplice ed un CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE DATATO E FIRMATO NONCHÉ FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO VALIDO DI RICONOSCIMENTO.

data, _____

Firma
