**Al Direttore Generale ASL n. 4 Ogliastra**

**Avviso di selezione pubblica: Programma Nazionale Equità nella Salute 2017/2027 – area di intervento “Contrastare la povertà sanitaria” –Piano di Interventi presentato dalla ASL n. 4 Ogliastra per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) - Programma Nazionale Equità nella Salute (PNES) 2021-2027 (CCI 2021IT05FFPR002) – Progetto B14E24001070007 - Dotazione di farmaci ed erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (FSE+) IN.4k.1\_04 – Manifestazione di interesse rivolta alle Farmacie della Asl OGLIASTRA finalizzato alla fornitura di farmaci per persone in stato di vulnerabilità economica e sociale.**

Il/La sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.

tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¸ PEC

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in cui s’incorre in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi di quanto disposto dall’art. 76 del

citato DPR;

**DICHIARA**

ai fini della partecipazione all’Avviso pubblico di cui all’oggetto,

1) di essere proprietario della Farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ locata in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_\_, (CAP\_\_\_\_\_\_) Città

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

3) di essere domiciliata/o in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_\_, (CAP\_\_\_\_\_\_) Città

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4) di possedere la cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell’Unione Europea, alle condizioni

e disposizioni di cui all’art. 3 del DPCM n. 174/1994 e all’ art. 7 della L. n. 97/2013;

5) di possedere il godimento dei diritti civili e politici;

6) di non avere riportato condanne penali (ovvero indicare le condanne penali

riportate\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

7) di non essere cessata/o dall’impiego presso la pubblica amministrazione per aver conseguito lo

stesso mediante la produzione di dichiarazioni mendaci o di documenti falsi;

8) di non essere dipendente del SSN;

9) di essere laureata/o in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conseguita in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

10) di essere iscritta/o all’Albo professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con il

n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **DICHIARA , inoltre, in caso di contrattualizzazione** :

- di accettare quanto disposto dal Piano di intervento e dal Bando di manifestazione di interesse di cui alla Deliberazione ASL Ogliastra n. 195 del 18/04/2025;

Allega:

 copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità;

**AUTORIZZA**

il trattamento dei propri dati personali/sensibili, nonché la loro eventuale comunicazione a terzi, al fine di

provvedere agli adempimenti derivanti da obblighi di legge per le finalità derivanti dalla presente istanza, ai

sensi e per gli effetti del D. Lgs n. 196 del 30/06/2003 e ss.mm.ii.. e del Regolamento (UE) n. 679/2016

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_