



**AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE  
PER LA FORMAZIONE DI ELENCHI DI FARMACISTI  
DISPONIBILI A PRESTARE ATTIVITÀ ASSISTENZIALE  
NELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE VENETO  
AI SENSI DELL'ART. 2 BIS DEL DECRETO LEGGE 17 MARZO 2020, N. 18  
CONVERTITO CON LEGGE 24.4.2020 N. 27**

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a il ..... a ..... (Prov: .....)

residente in  
indirizzo ..... n.....  
luogo ..... (Prov: .....)

codice fiscale .....  
tel .....  
cellulare .....  
mail .....  
PEC .....

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE ALLA PROCEDURA IN OGGETTO**

**E CHIEDE**, in relazione all'emergenza sanitaria connessa alla diffusione del virus COVID -19, di essere iscritto in elenchi di farmacisti disponibili a prestare attività assistenziale nelle Aziende Sanitarie della Regione Veneto e dichiara di essere disponibile a prestare attività assistenziale presso *(indicare un'unica opzione. Nel caso di più opzioni verrà considerata solo l'Azienda scelta per prima secondo l'ordine del seguente elenco)*

- Azienda Ulss n. 1 Dolomiti
- Azienda Ulss n. 2 Marca Trevigiana
- Azienda Ulss n. 3 Serenissima
- Azienda Ulss n. 4 Veneto Orientale
- Azienda Ulss n. 5 Polesana
- Azienda Ulss n. 6 Euganea
- Azienda Ulss n. 7 Pedemontana
- Azienda Ulss n. 8 Berica
- Azienda Ulss n. 9 Scaligera
- Azienda Ospedale - Università di Padova

*UOC Gestione Risorse Umane  
Passaggio Luigi Gaudenzio, 1- 35131 Padova  
mail: [lp-covid19@azero.veneto.it](mailto:lp-covid19@azero.veneto.it)  
PEC: [protocollo.azero@pecveneto.it](mailto:protocollo.azero@pecveneto.it)*



- Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
- IOV - Istituto Oncologico Veneto – IRCCS

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000 s.m.i. e consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 in caso di dichiarazioni mendaci del medesimo DPR 445/2000 quanto segue:

- di essere in possesso della laurea in .....  
conseguita in data ..... presso .....
- di essere in possesso della specializzazione in (*barrare*)
  - o Farmacia Ospedaliera
  - o Farmacia Territoriale
 conseguita in data ..... presso .....
- di essere iscritto all'ordine dei farmacisti dalla data ..... con il nr. ....
- di essere collocato in quiescenza e di non essere iscritto al competente albo professionale in conseguenza del collocamento a riposo
- di non avere attualmente in corso rapporti di lavoro di qualunque natura (a titolo esemplificativo né come dipendente, né come libero- professionista, né come collaborazione coordinata e continuativa né come medico convenzionato) con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), o con strutture accreditate con il SSN o con strutture socio-sanitarie residenziali per anziani
- di aver maturato le seguenti esperienze professionali:
  - .....
  - .....
  - .....
  - .....
  - .....
  - .....
  - .....

In fede \_\_\_\_\_ luogo e data \_\_\_\_\_

*UOC Gestione Risorse Umane*  
*Passaggio Luigi Gaudenzio, 1- 35131 Padova*  
*mail: [lp-covid19@azero.veneto.it](mailto:lp-covid19@azero.veneto.it)*  
*PEC: [protocollo.azero@pecveneto.it](mailto:protocollo.azero@pecveneto.it)*