

All. A
Fac simile domanda

Al Direttore Generale
ARES Sardegna
PEC
avvisieincarichi.svilupporisumane@pec.aressardegna.it

Il/La sottoscritto/a FRANCESCA SECCI	
nato/a a ... CAGLIARI	il 15
residente in via... viale della libertà	
C.A.P. 09100	città CAGLIARI
prov... CA	
domicilio in via	
C.A.P.	città prov
numero telefono numero cellulare 09100	
pec: francesca.secci@aslmediocampidano.it	
indirizzo e-mail: ... francesca.secci@aslmediocampidano.it	
CODICE FISCALE:	SECCI FRANCESCA

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO A PARTECIPARE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO QUINQUENNALE, RINNOVABILE, DI DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA, PER LA DIREZIONE DELLA S.C. "FARMACIA TERRITORIALE", AFFERENTE AL DIPARTIMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO DELLA ASL N. 6 DEL MEDIO CAMPIDANO.

E CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE PER LE IPOTESI DI FALSITÀ IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI, NONCHÉ DELLA SANZIONE DELLA DECADENZA DAI BENEFICI CONSEGUITI A SEGUITO DI UN PROVVEDIMENTO ADOTTATO IN BASE AD UNA DICHIARAZIONE RIVELATASI SUCCESSIVAMENTE NON VERITIERA, PREVISTE DAGLI ARTICOLI 75 E 76 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445 "TESTO UNICO DELLE DISPOSIZIONI LEGISLATIVE E REGOLAMENTARI IN MATERIA DI DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA"

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445 DEL 28/12/2000 E S.M.I.
SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ
DICHARA:

di essere in possesso della cittadinanza italiana;

o cittadinanza _____;
<i>Solamente per i cittadini non italiani:</i> godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza _____;
o di provenienza _____;
<div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata) </div> di avere adeguata conoscenza della lingua italiana
<div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata) </div>
<i>Solamente per i cittadini non UE:</i> di essere titolare di: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> diritto di soggiorno <input type="checkbox"/> diritto di soggiorno permanente <input type="checkbox"/> permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo <input type="checkbox"/> status di rifugiato <input type="checkbox"/> status di protezione sussidiaria
Di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune diELMAS (SU).....;
ovvero, motivi di non iscrizione o cancellazione;
solo per i cittadini soggetti all'obbligo di leva: di essere in posizione regolare nei confronti degli obblighi di leva <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata) </div>
di aver riportato condanne penali <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata) </div> se SI, indicare quali: _____;
di aver subito condanne che comportino l'interdizione <i>perpetua</i> dai pubblici uffici <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata) </div> se SI, indicare quali: _____;
di aver subito condanne che comportino l'interdizione <i>temporanea</i> dei pubblici uffici <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata) </div> se SI indicare il periodo di interdizione temporanea dai pubblici uffici _____;

di aver procedimenti penali pendenti (barrare la casella interessata) se SI, indicare quali: _____;	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
di essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per aver conseguito l'assunzione mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata)
di essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per lo svolgimento di attività incompatibile con il rapporto di lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione;	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata)
di essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per persistente insufficiente rendimento;	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata)
di essere stato destinatario di procedimento disciplinare nel corso degli ultimi due anni (barrare la casella interessata) se SI, indicare quali: _____;	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
di avere procedimenti disciplinari in corso se SI, indicare la tipologia della sanzione prevista _____;	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata)
di essere stato destinatario di licenziamento disciplinare presso una Pubblica Amministrazione	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata)
di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego	
di essere in possesso del Diploma di Laurea in FARMACIA _____ conseguito in data... 17/07/1991 presso l'Università degli Studi di Cagliari – Facoltà di Biologia e Farmacia sita in Cittadella Universitaria di Monserrato – S.S. 554 bivio per Sestu – 09042 Monserrato (CA) <i>(Nel caso di titolo di studio conseguito all'estero indicare gli estremi del provvedimento ministeriale con il quale è stata riconosciuta la validità nello stato italiano)</i>	

di essere iscritto all'albo dell'ordine dei FARMACISTI della Provincia/Regione di CAGLIARI – CARBONIA /IGLESIAS – MEDIO CAMPIDANO
dal..... 16/01/1992 N° di Iscrizione 1753.....

di essere in possesso della seguente **specializzazione**:

1) Disciplina: **TOSSICOLOGIA**.....
conseguita in data... 29/03/2001..... presso l'Università di... **CAGLIARI**.....
sita in **Cittadella Universitaria di Monserrato – S.S. 554 bivio per Sestu – 09042 Monserrato (CA)**
e che la durata della stessa è stata pari ad anni **3** e che l'immatricolazione è avvenuta in data ... 12/05/1998 ..;

2) Disciplina:
conseguita in data..... presso l'Università di.....
sita in.....
e che la durata della stessa è stata pari ad anni e che l'immatricolazione è avvenuta in data

(Nel caso di titolo di studio conseguito all'estero indicare gli estremi del provvedimento ministeriale con il quale è stata riconosciuta la validità nello stato italiano)

di essere in possesso **dell'anzianità di servizio** di anni **28 (ventotto)**
nella disciplina di ... **Farmacista Dirigente** come di seguito specificato:

- Dipendente della **U.S.L. 19 di Sanluri dal 16/01/1995 al 30/09/1995** in qualità di **Farmacista Dirigente** in ruolo a tempo indeterminato presso il Settore Farmaceutico
- Dipendente della **U.S.L. n. 6 di Sanluri dal 01/10/1995 al 31/12/2016** in qualità di **Farmacista Dirigente** in ruolo a tempo indeterminato presso il S.C. Servizio Farmaceutico Aziendale
- Dipendente della **ATS SARDEGNA dal 01/01/2017 al 31/12/2020** in qualità di **Farmacista Dirigente** in ruolo a tempo indeterminato presso il S.C. Servizio Farmaceutico Territoriale – AREA Sanluri
- Dipendente della **ARES SARDEGNA dal 01/01/2021 al 31/01/2023** in qualità di **Farmacista Dirigente** in ruolo a tempo indeterminato presso il S.C. Servizio Farmaceutico Territoriale – AREA Sanluri
- di prestare servizio presso Dipendente della **ARES SARDEGNA dal 01/01/2021 al 31/01/2023** in qualità di **Farmacista Dirigente** in ruolo a tempo indeterminato presso il S.C. Servizio Farmaceutico Territoriale – AREA Sanluri
- Dipendente della **ASL MEDIO CAMPIDANO dal 01/02/2023 a tutt'oggi** in qualità di **Farmacista Dirigente** in ruolo a tempo indeterminato presso il S.C. Servizio Farmacia Territoriale.

(Per il servizio sanitario prestato all'estero indicare il provvedimento di riconoscimento)

Di essere attualmente in servizio con rapporto di lavoro subordinato, in qualità di

profilo professionale:..... **Farmacista Dirigente**
disciplina:..... **Farmacia Territoriale**
dal...**16/01/1995** (indicare giorno, mese, anno) a tutt'oggi

con rapporto a tempo: ☐ determinato ☒ indeterminato
tipologia: ☐ definito
☐ pieno
☐ impegno ridotto al _____ % per ore _____ settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)... **ASL MEDIO CAMPIDANO**
di (località)... **SANLURI** via..... **UNGARETTI n. 9**
P.O. /Stabilimento Ospedaliero
PEC **protocollo@pec.aslmediocampidano.it**.....

con interruzione dal servizio (*ad es per aspettative senza assegni*):
dal _____ al _____ motivo.....
(indicare esattamente la qualifica rivestita)

Di avere prestato servizio con rapporto di lavoro subordinato, in qualità di:

profilo professionale:...**FARMACITA COLLABORATORE**
disciplina:.....
dal.....**01/03/1994**..... al.....**02/01/1995**..... (indicare giorno, mese, anno)

con rapporto a tempo: ☒ determinato ☐ indeterminato
tipologia: ☐ definito
☐ pieno
☐ impegno ridotto al _____ % per ore _____ settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)... **FARMACIA ROBERTA SANNA**
di (località)... **CAGLIARI** via..... **IS MIRRIONIS, 120**
P.O. /Stabilimento Ospedaliero
PEC

con interruzione dal servizio (*ad es per aspettative senza assegni*):
dal _____ al _____ motivo... **DIMISSIONI**
(indicare esattamente la qualifica rivestita, i periodi di servizio prestato, le eventuali modificazioni intervenute e le cause di risoluzione. Duplicare il riquadro ad ogni variazione)

Di avere prestato servizio con rapporto di lavoro subordinato, in qualità di:

profilo professionale:...**FARMACITA COLLABORATORE**
disciplina:.....
dal.....**01/03/1992**..... al **07/03/1994**..... (indicare giorno, mese, anno)

con rapporto a tempo: ☒ determinato ☐ indeterminato
tipologia: ☐ definito
☐ pieno
☐ impegno ridotto al _____ % per ore _____ settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)... **FARMACIA CONGIU**
di (località)... **MURAVERA** via..... **ROMA, 145/A**

P.O. /Stabilimento Ospedaliero
PEC

con interruzione dal servizio (*ad es per aspettative senza assegni*):

dal al motivo ...**FINE CONTRATTO**

(indicare esattamente la qualifica rivestita, i periodi di servizio prestato, le eventuali modificazioni intervenute e le cause di risoluzione. Duplicare il riquadro ad ogni variazione)

Ambiti di autonomia professionale: indicare gli incarichi dirigenziali conferiti:

☐ tipo di incarico gestionale

☒ di direzione di struttura complessa;

☐ di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale;

☐ di direzione di struttura semplice;

☐ professionale (ex art. 18, parte II CCNL 19/12/2019) lett. A ☐; lett. B ☐; lett. C ☐; lett. D ☐

☐ secondo la previgente disciplina (art. 27, comma 1, CCNL 08/06/2000)

☐ di alta specializzazione; lett. C ☐; lett. D ☐

☒ di sostituzione ex art. 22 CCNL 19/12/2019, comma 4

☐ altro.....

dal.....**23/11/2021**al.....**31/01/2023** (indicare giorno/ mese/anno)

presso U.O.C. ... **SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE – AREA SANLURI**

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, Privata convenzionata, etc – specificare) **ATS SARDEGNA / ARES SARDEGNA**

Comune **SANLURI** Provincia(SU)

descrizione attività svolta:

Dispensazione al pubblico di prodotti per nefropatici, farmaci e prodotti assistenza ADI, materiale per microinfusori per diabetici e talassemici, materiale per pazienti con disfunzioni respiratorie, farmaci in Fascia C , farmaci in Fascia H, farmaci in PHT.

Relativi ordini riguardanti tutto il materiale ed i farmaci dispensati.

Gestione autorizzazioni farmaci Fascia C, farmaci PHT

Gestione pratiche per l'acquisto e la distribuzione di microinfusori e varie altre apparecchiature in regime di extratariffario

Preparazione farmaci e materiale per guardie mediche, poliambulatori, ambulatori igiene pubblica, RSA, servizio ADI.

Gestione pratiche per la fornitura di Ossigenoterapia domiciliare ai pazienti del territorio.

Componente della Commissione Farmaceutica Aziendale

Mansioni Direttore f.f.:

- *Coordinamento nella gestione della farmaceutica convenzionata con verifica della corretta applicazione delle norme che regolano l'assistenza farmaceutica e l'integrativa territoriale;*
- *Coordinamento e gestione dell'approvvigionamento dei farmaci e dispositivi per le varie sedi distrettuali*
- *Verifica con analisi mirate di iper-consumi e iper-prescrizioni con o senza richiesta della Direzione Generale;*
- *Coordinamento e vigilanza ferie e turni farmacie convenzionate e attivazione di tutte le procedure correlate con l'attività delle farmacie;*
- *Direttore operativo del DEC della Farmaceutica Convenzionata per la ASL Medio Campidano – Det. Dirigenziale 7065 del 09.12.2021;*

(indicare esattamente tipologia di incarico e descrizione attività svolta. Duplicare il riquadro ad ogni variazione)

Ambiti di autonomia professionale: indicare gli incarichi dirigenziali conferiti:

☐ tipo di incarico gestionale

☒ di direzione di struttura complessa;

☐ di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale;

☐ di direzione di struttura semplice;

☐ professionale (ex art. 18, parte II CCNL 19/12/2019) lett. A ☐; lett. B ☐; lett. C ☐; lett. D ☐

☐ secondo la previgente disciplina (art. 27, comma 1, CCNL 08/06/2000)

☐ di alta specializzazione; lett. C ☐; lett. D ☐

☒ di sostituzione ex art. 22 CCNL 19/12/2019, comma 4.....

☐ altro.....

dal.....**06/04/2023**al.....**TUTT'OGGI** (indicare giorno/ mese/anno)

presso U.O.C. ... S.C. **SERVIZIO FARMACIA TERRITORIALE**

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, Privata convenzionata, etc – specificare) **ASL MEDIO CAMPIDANO**

Comune **SANLURI** Provincia(SU)

descrizione attività svolta:

- **Dispensazione al pubblico di prodotti per nefropatici, farmaci e prodotti assistenza ADI, materiale per microinfusori per diabetici e talassemici, materiale per pazienti con disfunzioni respiratorie, farmaci in Fascia C , farmaci in Fascia H, farmaci in PHT.**
- **Relativi ordini riguardanti tutto il materiale ed i farmaci dispensati.**
- **Gestione autorizzazioni farmaci Fascia C, farmaci PHT**
- **Gestione pratiche per l'acquisto e la distribuzione di microinfusori e varie altre apparecchiature in regime di extratariffario**
- **Preparazione farmaci e materiale per guardie mediche, poliambulatori, ambulatori igiene pubblica, RSA, servizio ADI.**
- **Gestione pratiche per la fornitura di Ossigenoterapia domiciliare ai pazienti del territorio.**
- **Componente della Commissione Farmaceutica Aziendale**

Mansioni Direttore f.f.:

- *Coordinamento nella gestione della farmaceutica convenzionata con verifica della corretta applicazione delle norme che regolano l'assistenza farmaceutica e l'integrativa territoriale;*
- *Coordinamento e gestione dell'approvvigionamento dei farmaci e dispositivi per le varie sedi distrettuali*
- *Verifica con analisi mirate di iper-consumi e iper-prescrizioni con o senza richiesta della Direzione Generale;*
- *Coordinamento e vigilanza ferie e turni farmacie convenzionate e attivazione di tutte le procedure correlate con l'attività delle farmacie;*
- *Direttore operativo del DEC della Farmaceutica Convenzionata per la ASL Medio Campidano – Det. Dirigenziale 7065 del 09.12.2021;*
-

(indicare esattamente tipologia di incarico e descrizione attività svolta. Duplicare il riquadro ad ogni variazione)

aver svolto le seguenti attività professionali con rapporto di lavoro non subordinato, in qualità di:

profilo professionale:.....

disciplina:.....
dal..... al..... (indicare giorno/mese/anno)
con rapporto: ☐ libero professionale ☐ autonomo ☐ collaborazione
☐ altro.....
☐ impegno per ore _____ settimanali
presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.).....
di (località)..... via.....

Soggiorni studio/addestramento presso: (soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, di durata non inferiore a **3 mesi**, (con esclusione dei tirocini obbligatori).

Presso
di (prov.) Via
n. dal..... al..... (indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale pari a ore
descrizione attività svolta
.....
.....
.....

Presso
di (prov.) Via
n. dal..... al..... (indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale pari a ore
descrizione attività svolta
.....
.....
.....

di aver conseguito l'Attestato di formazione manageriale ex art. 5 del D.P.R. 484/97:

titolo **"Lean management in sanità: organizzazione per processi, chance e projet management"**
presso.....**ASL MEDIO CAMPIDANO**
anno..... **2023**
durata **19 aprile 2023 – 15 settembre 2023.**
numero ore complessivo**104 ore - IN CORSO DI FREQUENTAZIONE**

Specifici corsi di formazione manageriale o Master Universitari (indicare primo/secondo livello - in caso di omessa indicazione sarà valutato come corso di formazione manageriale):

titolo
dal..... al..... (indicare giorno/mese/anno)

numero ore complessivo
presso.....

contenuti del corso
.....

(in assenza dell'indicazione dell'impegno orario il corso non può essere valutato)

titolo
dal..... al..... (indicare giorno/mese/anno)

numero ore complessivo
presso.....

contenuti del corso
.....

(in assenza dell'indicazione dell'impegno orario il corso non può essere valutato)

Aver svolto attività didattica (riferita all'ultimo decennio): si valuta **solamente** l'attività presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario, non l'insegnamento a corsi di aggiornamento professionale.

Si invitano pertanto i candidati a non dichiarare attività non valutabili.

presso.....
corso per il conseguimento del titolo di

insegnamento.....

A.A./A.S. n. ore..... (specificare se complessive o settimanali)

presso.....
corso per il conseguimento del titolo di

insegnamento.....

A.A./A.S. n. ore..... (specificare se complessive o settimanali)

presso.....
corso per il conseguimento del titolo di

insegnamento.....

A.A./A.S. n. ore..... (specificare se complessive o settimanali)

presso.....
corso per il conseguimento del titolo di

insegnamento.....

A.A./A.S. n. ore..... (specificare se complessive o settimanali)

Partecipazione a corsi, congressi, convegni e seminari, anche effettuati all'estero, in qualità di docente, relatore o responsabile scientifico. Non si valutano idoneità e tirocini. Si invitano i candidati e non produrre la relativa documentazione.

1. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) ☐ CORSO ☐ CONGRESSO ☐ CONVEGNO
☐ EVENTO FORMATIVO ☐ SEMINARIO
☐ (ALTRO) _____

In qualità di ☐ RELATORE ☐ DOCENTE ☐ RESPONSABILE SCIENTIFICO

Ente organizzatore

Titolo

Data (durata) n. giorni ore

Specificare se l'attività formativa è ECM sì ☐ - no ☐

Specificare se con test o esame finale sì ☐ - no ☐

2. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) ☐ CORSO ☐ CONGRESSO ☐ CONVEGNO
☐ EVENTO FORMATIVO ☐ SEMINARIO
☐ (ALTRO) _____

In qualità di ☐ RELATORE ☐ DOCENTE ☐ RESPONSABILE SCIENTIFICO

Ente organizzatore

Titolo

Data (durata) n. giorni ore

Specificare se l'attività formativa è ECM sì ☐ - no ☐

Specificare se con test o esame finale sì ☐ - no ☐

3. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) ☐ CORSO ☐ CONGRESSO ☐ CONVEGNO
☐ EVENTO FORMATIVO ☐ SEMINARIO
☐ (ALTRO) _____

In qualità di ☐ RELATORE ☐ DOCENTE ☐ RESPONSABILE SCIENTIFICO

Ente organizzatore

Titolo

Data (durata) n. giorni ore

Specificare se l'attività formativa è ECM sì ☐ - no ☐

Specificare se con test o esame finale sì ☐ - no ☐

4. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) ☐ CORSO ☐ CONGRESSO ☐ CONVEGNO
☐ EVENTO FORMATIVO ☐ SEMINARIO
☐ (ALTRO) _____

In qualità di ☐ RELATORE ☐ DOCENTE ☐ RESPONSABILE SCIENTIFICO

Ente organizzatore

Titolo

Data (durata) n. giorni ore

Specificare se l'attività formativa è ECM sì ☐ - no ☐

Specificare se con test o esame finale sì ☐ - no ☐

5. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) ☐ CORSO ☐ CONGRESSO ☐ CONVEGNO
☐ EVENTO FORMATIVO ☐ SEMINARIO
☐ (ALTRO) _____

In qualità di ☐ RELATORE ☐ DOCENTE ☐ RESPONSABILE SCIENTIFICO

Ente organizzatore

Titolo

Data (durata) n. giorni ore
Specificare se l'attività formativa è ECM si ☐ - no ☐
Specificare se con test o esame finale si ☐ - no ☐

6. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) ☐ CORSO ☐ CONGRESSO ☐ CONVEGNO
☐ EVENTO FORMATIVO ☐ SEMINARIO
☐ (ALTRO) _____

In qualità di ☐ RELATORE ☐ DOCENTE ☐ RESPONSABILE SCIENTIFICO

Ente organizzatore

Titolo

Data (durata) n. giorni ore

Specificare se l'attività formativa è ECM si ☐ - no ☐

Specificare se con test o esame finale si ☐ - no ☐

7. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) ☐ CORSO ☐ CONGRESSO ☐ CONVEGNO
☐ EVENTO FORMATIVO ☐ SEMINARIO
☐ (ALTRO) _____

In qualità di ☐ RELATORE ☐ DOCENTE ☐ RESPONSABILE SCIENTIFICO

Ente organizzatore

Titolo

Data (durata) n. giorni ore

Specificare se l'attività formativa è ECM si ☐ - no ☐

Specificare se con test o esame finale si ☐ - no ☐

DA PRODURRE IN ORIGINALE

- **Tipologia delle prestazioni effettuate dal candidato anche con riguardo all'attività/casistica trattata nei precedenti incarichi, misurabile in termini di volume e complessità (le casistiche devono essere riferite al decennio precedente alla data di pubblicazione nella G.U. della Repubblica Italiana dell'avviso per l'attribuzione dell'incarico e devono essere certificate dal Direttore Sanitario Aziendale sulla base della attestazione del dirigente di secondo livello Responsabile del competente Dipartimento o Unità operativa dell'Unità Sanitaria Locale o dell'Azienda Ospedaliera).**

DA PRODURRE CON DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(ART. 47 D.P.R. N. 445/2000)

- **Tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato ha svolto le sue attività e la tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime.**

Elenco di tutte le pubblicazioni da allegare, specificando le 5 presentate (in allegato) per la valutazione (produzione scientifica strettamente pertinente alla disciplina, pubblicata su riviste italiane o straniere relative all'ultimo decennio):

1.
2.
3.
4.
5.

Indicare: Tipologia pubblicazione, titolo, autore o co-autore, rivista, editore, anno di pubblicazione, numero volume/fascicolo, pagine.

Altre esperienze professionali **attinenti** all'incarico da ricoprire:

Non si valutano idoneità e tirocini né partecipazioni a convegni, congressi e seminari.

Si invitano i candidati a non effettuare le relative dichiarazioni.

.....
.....
.....
.....
.....

☐ di essere portatore di handicap e, pertanto chiede di poter usufruire, ai sensi dell'art. 20 della legge 104/1992 e ss.mm.ii., durante le prove:

a. dell'ausilio di _____ ;

b. dei tempi aggiuntivi di _____ ;

- di accettare, senza riserve, tutte le norme contenute nel bando relativo alla selezione in oggetto;
- di aver preso visione del profilo oggettivo e soggettivo che caratterizza la struttura complessa oggetto di selezione;
- di essere stato informato che prima della nomina del candidato prescelto, i curricula inviati dai concorrenti presentatisi al colloquio, verranno pubblicati sui siti internet aziendali dell'ARES e della ASL n. 6 del Medio Campidano;
- di essere stato informato, ai sensi del Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo, che il trattamento dei dati personali, sia manuale sia informatizzato, comunicati all'Azienda ARES, è finalizzato unicamente all'espletamento della procedura selettiva prevista per il conferimento dell'incarico;
- di essere informato che ogni comunicazione relativa alla presente selezione verrà fatta all'indirizzo P.E.C. precedentemente indicato;
- ☒ di effettuare / ☐ non effettuare la scelta in merito al rapporto esclusivo con il SSR, e di essere stato informato che lo stesso sarà immodificabile per tutta la durata dell'incarico, con specifica sottoscrizione della clausola nel contratto individuale, come previsto dalle Linee guida per l'espletamento delle procedure di conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa della dirigenza medica, medico veterinaria e sanitaria delle aziende e degli enti del SSR" – Deliberazione G.R. RAS n. 24/44 del 27/06/2013.

Elmas, 29.05.2023

Firma _____

SECCI

FRANCESCA

Firmato digitalmente
da SECCI FRANCESCA

Data: 2023.05.29
12:13:19 +02'00'

Allega alla presente:

- ☐ curriculum formativo e professionale datato e firmato, reso sotto forma di dichiarazione sostitutiva;
- ☐ dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di conformità all'originale di copia di Diploma Scuola di Specializzazione;
- ☐ elenco descrittivo, datato e firmato, dei documenti e titoli presentati, numerato progressivamente;
- ☐ autocertificazione attestante la tipologia delle istituzioni dove è stato prestato il servizio.
- ☐ documentazione della Direzione Sanitaria attestante la tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato.

☐ copia fotostatica fronte/retro di un documento di identità in corso di validità.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione o ai gestori di pubblici servizi

Il/la sottoscritto/a Secci Francesca nata a Cagliari (CA) il 11/03/1968 - C.F. SCCFNC68C51B354X, residente a Elmas (SU) in via Ferrarin, 25, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

ESPERIENZA LAVORATIVA

Dal 06.04.2023 a tutt'oggi Nome e indirizzo del datore di lavoro Tipo di azienda o settore Tipo di impiego	ASL MEDIO CAMPIDANO S.C. FARMACIA TERRITORIALE DIRETTORE F.F. (DELIBERA N 140 DEL 06.04.2023 - Conferimento incarico ex art. 22 CCNL Area Sanità del 19.12.2019)
Dal 01.02.2023 al 05.04.2023 Nome e indirizzo del datore di lavoro Tipo di azienda o settore Tipo di impiego	ASL MEDIO CAMPIDANO S.C. FARMACIA TERRITORIALE FARMACISTA DIRIGENTE
Dal 01.01.2022 al 31.01.2023 Nome e indirizzo del datore di lavoro Tipo di azienda o settore Tipo di impiego	ARESSARDEGNA – AREA SANLURI S.C. SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE DIRETTORE F.F.
Dal 23.11.2021 al 31.12.2021 Nome e indirizzo del datore di lavoro Tipo di azienda o settore Tipo di impiego	ATSSARDEGNA – AREA SANLURI S.C. SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE DIRETTORE F.F. DIRETTORE OPERATIVO AUSILIARIO AL DEC DELLA FARMACEUTICA CONVENZIONATA ASL MEDIO CAMPIDANO (DET. DIRIGENZIALE N. 7065 DEL 09.12.2021)
Dal 16/01/1995 al 22/11/2021 Nome e indirizzo del datore di lavoro Tipo di azienda o settore Tipo di impiego Principali mansioni e responsabilità	ATSSARDEGNA – AREA SANLURI S.C. Servizio Farmaceutico Territoriale Farmacista Dirigente Farmacista Dirigente Dispensazione al pubblico di prodotti per nefropatici, farmaci e prodotti assistenza ADI, materiale per microinfusori per diabetici e talassemici, materiale per pazienti con disfunzioni respiratorie, farmaci in Fascia C , farmaci in Fascia H, farmaci in PHT. Relativi ordini riguardanti tutto il materiale ed i farmaci dispensati. Gestione autorizzazioni farmaci Fascia C, farmaci PHT Gestione pratiche per l'acquisto e la distribuzione di microinfusori e varie altre apparecchiature in regime di extratariffario Preparazione farmaci e materiale per guardie mediche, poliambulatori, ambulatori igiene pubblica, RSA, servizio ADI. Gestione pratiche per la fornitura di Ossigenoterapia domiciliare ai pazienti del territorio.

Componente della Commissione Farmaceutica Aziendale

Dal gennaio 1992 al febbraio 1994	Farmacia Giorgio Congiu Muravera
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Farmacia privata
Tipo di azienda o settore	Farmacista Collaboratore
Tipo di impiego	Attività professionale
Principali mansioni e responsabilità	

Dal marzo 1994 al gennaio 1995	Farmacia Roberta Sanna Cagliari
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Farmacia privata
Tipo di azienda o settore	Farmacista Collaboratore
Tipo di impiego	Attività professionale
Principali mansioni e responsabilità	

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

17/07/1991	
Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	Facoltà di Farmacia – Università degli Studi di Cagliari-
Qualifica conseguita	LAUREA IN FARMACIA
29/03/2001	SPECIALIZZAZIONE IN TOSSICOLOGIA (durata triennale)

Novembre 1991	
Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	Facoltà di Farmacia – Università degli Studi di Cagliari I

ANNO 1987	
Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	Liceo Classico "DETTORI" CAGLIARI
Qualifica conseguita	MATURITA' CLASSICA

CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI

MADRELINGUA	ITALIANO
-------------	----------

ALTRA LINGUA	
--------------	--

	INGLESE
• Capacità di lettura	Buono
• Capacità di scrittura	Buono
• Capacità di espressione orale	Buono

CAPACITÀ E COMPETENZE RELAZIONALI

Buon grado di collaborazione con i colleghi, il personale e nei rapporti con l'utenza, acquisito mediante l'esperienza lavorativa.

CAPACITÀ E COMPETENZE ORGANIZZATIVE	Buone competenze organizzative, autonomia nella gestione del lavoro, flessibilità nell'adattamento alle esigenze lavorative e nella guida e motivazione del personale assegnato.
CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE	Buone competenze nell'utilizzo dei programmi informatici: Word , Excel, di quelli specifici utilizzati nel controllo delle ricette, della posta elettronica e del programma SISAR Regionale.
PATENTE	A - B

ULTERIORI INFORMAZIONI

CORSI DI FORMAZIONE Partecipazione a corsi di aggiornamento professionale intra e extra aziendale, compresi corsi FAD specifici per il conseguimento dei crediti ECM previsti dalla normativa vigente.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Elmas, 29.05.2023

Il Dichiarante

SECCI

FRANCESCA

Firmato digitalmente da
SECCI FRANCESCA
Data: 2023.05.29
13:52 +02'00'

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che la mancata accettazione della presente dichiarazione, quando le norme di legge o di regolamento ne consentono la presentazione, costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 del D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento d'identità. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000) La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.



ATTESTAZIONE ATTIVITA'

Le principali attività della S.C. Farmacia Territoriale della ASL Medio Campidano sono le seguenti:

- *Attività istruttoria nelle materie di competenza della A.S.L. in tema di Farmacie con particolare riguardo alla disciplina degli orari di apertura, delle ferie, dei turni festivi e notturni, nonché sull'attività ispettiva e di vigilanza con periodiche ispezioni alle Farmacie del territorio, invio di comunicazioni alle Farmacie su problemi concernenti i farmaci.*
- *Certificazioni, sulla scorta degli Atti d'Ufficio, dei servizi prestati da tutti i farmacisti operanti nell'ambito territoriale della A.S.L. e di tutte le attività inerenti le farmacie del territorio.*
- *Tutte le attività trasferite alle UU.SS.LL. e quindi alle AA.SS.LL. con la Legge Regionale n° 12/84,.*
- *Ricezione e controllo della documentazione farmaceutica spedita dalle Farmacie del territorio in regime di convenzione, con l'imputazione dei dati per la loro elaborazione, la successiva stampa dei tabulati ed i conseguenti atti tecnico-contabili per la registrazione in Bilancio delle competenze.*
- *Nel rispetto di specifiche circolari assessoriali, il controllo delle ricette è indirizzato in particolare, nell'analizzare le maggiori spese rapportate ai fenomeni locali di maggiore incidenza rispetto ai valori medi. I dati ottenuti vengono analizzati oltretutto dal punto di vista economico anche con considerazioni e valutazioni farmaco-epidemiologiche.*
- *Predisposizione iter burocratico e vigilanza per la distruzione della documentazione farmaceutica.*
- *Vigilanza e monitoraggio dei farmaci per i quali è previsto il piano terapeutico da parte dei Centri autorizzati alla prescrizione.*
- *Predisposizione elenchi e capitolati per i materiali da acquisire in gara.*
- *Distribuzione farmaci, dispositivi medici e diagnostici a tutti i Servizi del territorio (Poliambulatori, Guardie Mediche, Ambulatori di Igiene Pubblica, Dipartimento*



Salute Mentale, Centro Antitubercolare, SER.T. , Consultori, Casa Betania, Casa di Reclusione di Is Arenas e Servizio Veterinario).

- *Distruzione sostanze stupefacenti scadute, in collaborazione con i N.A.S., presso inceneritori autorizzati.*
- *Consegna dei ricettari ai medici, compresi quelli per la prescrizione di farmaci stupefacenti per la terapia del dolore.*
- *Informazioni all'utenza circa la prescrivibilità dei farmaci, applicazione dei ticket, esenzioni, etc..*
- *Informazioni sulle modalità di prescrizione ed erogazione dei medicinali.*
- *Raccolta ed invio delle segnalazioni da reazioni avverse da farmaci.*
- *Analisi e monitoraggio dei dati di consumo e di spesa, per centro di costo, e loro invio al Servizio Bilancio ed all'Ufficio Controllo di Gestione Aziendale secondo le indicazioni aziendali.*
- *Erogazione dei dispositivi medici per l'assistenza integrativa.*
- *Erogazione dei presidi di cui all'Allegato C) del Nomenclatore Tariffario.*
- *Erogazione dei presidi per diabetici.*
- *Erogazione dei prodotti per pazienti affetti da Fibrosi Cistica.*
- *Erogazione ossigenoterapia domiciliare a lungo termine.*
- *Erogazione dei farmaci e dispositivi medici per l'Assistenza Domiciliare Integrata.*
- *Erogazione prodotti per nefropatici;*
- *Autorizzazioni prescrizioni farmaci in fascia "C";*
- *Erogazione farmaci di cui al PHT duplice via di distribuzione, farmaci in fascia H, sieri e vaccini, emoderivati e prodotti dialitici.*

Di seguito si riportano delle tabelle di sintesi relative al volume delle attività svolte nel I trimestre dell'anno 2023 dalla S.C. Farmacia Territoriale:



<i>Accesso utenti esterni</i>	
<i>Pazienti assistenza integrativa</i>	608
<i>Pazienti Farmaci Fascia H</i>	445
<i>Pazienti Sclerosi Multipla</i>	347
<i>Pazienti Artrite Reumatoide</i>	269
<i>Pazienti ADI (*)</i>	276
<i>Pazienti Farmaci PHT</i>	247
<i>Pazienti Nefropatici</i>	72
<i>Pazienti Farmaco Fascia C</i>	57
<i>Pazienti Malattie Rare</i>	38
<i>Pazienti LEGGE 648/96</i>	11
<i>Pazienti Fibrosi Cistica</i>	9

(*) Circa l'85% delle consegne ai pazienti viene effettuata tramite la consegna a domicilio.

<i>Consumi per Conto Economico I° trim 2023</i>		
Conto Ec.	Descrizione	2023
A501010101	Acquisti di medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	1.615.115,86
A501010104	Acquisti di medicinali senza AIC	3.246,27
A501010301	Acquisti di prodotti dietetici	19.620,19
A501010401	Acquisti di materiali per la profilassi - vaccini	181.425,77
A501010602	Acquisti di dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	17.818,47
A501010603	Acquisti di altri dispositivi medici	339.890,69
A501010801	Acquisti di altri beni e prodotti sanitari	763,45



Il Direttore Sanitario
Dr. Francesco Benedetto Ronchi



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARI

AREA DIPARTIMENTALE DELLA DIDATTICA

140 1077 Matr. 5665

Reg. n. 373874

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN

TOSSICOLOGIA

S I C E R T I F I C A

che SECCI dott. Francesca nata il 11/03/1968

a CAGLIARI (CA)

ha superato, presso questa Università, l'esame di diploma per il conseguimento della Specializzazione in TOSSICOLOGIA

il 29/03/2001 riportando la votazione di 50 su 50 e Lode.

L'interessata è stata immatricolata in data 12/05/1998.

Si certifica inoltre che la durata legale del corso è di 3 anni accademici.

I dati del presente certificato sono ricavati dall'archivio informatizzato dell'Area Dipartimentale della Didattica dell'Università' (Decreto Legislativo 12 febbraio 1993 n.39)

Si rilascia in carta libera per gli usi consentiti dalle leggi vigenti.

Cagliari, li 08/05/2003

L'IMPIEGATO ADDETTO AL RILASCIO

IL CAPO SETTORE POST LAUREAM

Andrea Dattasco

FUNZIONARIO AMMINISTRATIVO



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DI COPIA
(Artt. 19 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

La sottoscritta **SECCI FRANCESCA** nata a **CAGLIARI (CA)** il **11/03/1968** C.F. **SCCFNC68C51B354X** e residente a **ELMAS (SU)** in Via **FERRARIN n. 25** consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia:

della certificazione relativa al superamento dell'esame di diploma per il conseguimento della Specializzazione in TOSSICOLOGIA rilasciato in data 08/05/2003 dall'Università degli Studi di Cagliari – Facoltà di Biologia e Farmacia è conforme all'originale in proprio possesso.

La sottoscritta dichiara inoltre di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ARES Sardegna, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Elmas, 29.05.2023

Il Dichiarante

SECCI

FRANCESCA

Firmato digitalmente da
SECCI FRANCESCA
Data: 2023.05.29 12:12:06
+02'00'

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, all'ufficio competente.

La sottoscritta dichiara, altresì, di essere stato informato, ai sensi del Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo, che il trattamento dei dati personali, sia manuale sia informatizzato, comunicati all'ARES Sardegna, è finalizzato unicamente all'espletamento della procedura selettiva prevista per il conferimento dell'incarico.

Elmas, 29.05.2023

Il Dichiarante

SECCI

FRANCESCA

Firmato digitalmente
da SECCI FRANCESCA
Data: 2023.05.29
12:12:29 +02'00'

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

La sottoscritta **SECCI FRANCESCA** nata a **CAGLIARI (CA)** il **11/03/1968** C.F. **SCCFNC68C51B354X** e residente a **ELMAS (SU)** in Via **FERRARIN n. 25**
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

di aver prestato servizio presso:

- **Farmacia Dott. Giorgio Congiu** (Farmacia convenzionata con S.S.N.) con sede a Muravera in via Roma, 145/A dal **01/03/1992** _____ al **07/03/1994**, con la qualifica di **_FARMACISTA COLLABORATORE** con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato – a tempo pieno, concluso per fine contratto;
- **Farmacia Dott.ssa Roberta Sanna** (Farmacia convenzionata con S.S.N.) con sede a Cagliari in via Is Mirrionis, 120 dal **01/03/1994** _____ al **02/01/1995**, con la qualifica di **_FARMACISTA COLLABORATORE** con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato – a tempo pieno, concluso per dimissioni;

di prestare servizio presso:

- Dipendente della **ASL MEDIO CAMPIDANO** dal **16/01/1995** a **tutt'oggi** in qualità di Farmacista Dirigente in ruolo a tempo indeterminato presso la S.C. Servizio Farmacia Territoriale.

☐ ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79 (da precisare solo in caso di rapporto di lavoro dipendente)

☒ non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79 (da precisare solo in caso di rapporto di lavoro dipendente)

La sottoscritta dichiara inoltre di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ARES Sardegna, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Elmas, 29.05.2023

Il Dichiarante

SECCI
FRANCESCA

Firmato digitalmente da
SECCI FRANCESCA
Data: 2023.05.29
12:11:06 +02'00'

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, all'ufficio competente.

La sottoscritta dichiara, altresì, di essere stato informato, ai sensi del Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo, che il trattamento dei dati personali, sia manuale sia informatizzato, comunicati all'Azienda Regionale della Salute Sardegna, è finalizzato unicamente all'espletamento della procedura selettiva prevista per il conferimento dell'incarico.

Elmas, 29.05.2023

Il Dichiarante

SECCI
FRANCESCA

Firmato digitalmente
da SECCI FRANCESCA
Data: 2023.05.29
12:11:27 +02'00'

Scadenza : 11-03-2027
Diritti : 5,42

AX 7685595

IPZS. SPA - O.C.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
ELMAS

CARTA D'IDENTITÀ

N° AX 7685595

DI

SECCI FRANCESCA

Cognome SECCI
Nome FRANCESCA
nato il 11-03-1968
(atto n. 1012, p. 1, S. A. 1968)
a CAGLIARI (CA)
Cittadinanza Italiana
Residenza ELMAS (CA)
Via ARTURO FERRARIN 25
Stato civile
Professione FARMACISTA
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
Statura 155
Capelli Castani
Occhi Castani
Segni particolari NESSUNO



Firma del titolare *Francesca Secci*

ELMAS li 08-11-2016

Impronta del dito
indice sinistro



L'Ufficiale d'Anagrafe
(Roberto Maris)



Elenco descrittivo dei documenti presentati

1. Domanda di partecipazione
2. Curriculum formativo e professionale datato e firmato, reso sotto forma di dichiarazione sostitutiva
3. Certificato della Direzione Sanitaria attestante le attività svolte
4. Copia del Certificato della Scuola di Specializzazione
5. Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di conformità all'originale di copia del Diploma Scuola di Specializzazione
6. Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante la tipologia delle istituzioni dove è stato prestato il servizio
7. Copia documento di identità

Elmas, 29.05.2023

Firma _____

SECCI

FRANCESCA

Firmato digitalmente
da SECCI FRANCESCA
Data: 2023.05.29
12:20:54 +02'00'