

**Azienda Ospedaliera dei Colli**

**Via L. Bianchi s.n.c. – 80131 NAPOLI Codice Fiscale /Partita I.V.A. n° 06798201213**

***ALLEGATO 3 ¨ al Bando di Avviso Pubblico***

**FAC SIMILE**

**DICHIARAZIONE di VERIDICITÀ dei CONTENUTI del CURRICULUM**

***da RENDERE in CALCE al CURRICULUM***

Il/la sottoscritto/a …………………., nato/a ad ……………………… il ……………………… – car­  
ta d’identità n° ……………………, rilasciata dal Comune di ………………… il  
………………………. in corso di validità – già allegata in fotocopia alla domanda di parte­cipazione all’ Avviso Pubblico, per titoli ed esame colloquio, finalizzato al conferimento di una borsa di studio - della durata di 12 mesi ad un laureato in controllo di qualità del settore farmaceutico ospedaliero o titolo equipollente, previsto dal DMS del 30.01.98 e successive modifiche ed integrazioni, da espletarsi - in attività clinica e di ricerca per la realizzazione del progetto “funzioni di supporto ai farmaci della Farmacia dell’Ospedale Cotugno”, in particolare finalizzato ad espletare funzioni di supporto alla farmacista responsabile dell’ambulatorio di distribuzione diretta dei farmaci della Farmacia dell’Ospedale Cotugno, indetto con deliberazione n° \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_consapevole delle responsabilità penali cui incorre in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o di formazione di atti falsi - nonché della decadenza dai be­nefici eventualmente conseguiti in forza di dichiarazione non veritiera, giusta Art. 75 e76 del DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la propria persona­ le responsabilità, ai sensi di quanto disposto in materia dagli Artt. 46 e 47 del medesi­mo DPR n. 445 del 28/12/2000 e successive modifiche ed integrazioni, **dichiara che  
tutto quanto riportato nel su esteso proprio curriculum formativo e professionale ri­sponde a verità**.

Data, ………………………………. In fede ………………………………………..