

Allegato D

alla Determinazione PG 62354 del 01/08/2011 del Dirigente del Settore Servizi alla Persona della Provincia di Ferrara

Dichiarazione sostitutiva di possesso di titoli relativi all'esercizio professionale ai fini dell'assegnazione del punteggio previsto (DPCM 30 marzo 1994, n. 298)

Note per la compilazione: la dichiarazione dovrà essere redatta in modo da poter soddisfare le esigenze di valutazione della Commissione giudicatrice e di controllo della Pubblica Amministrazione. Pertanto, si prega di integrare il presente modulo in tutte le sue parti in stampatello o a macchina o con le modalità previste per la trasmissione informatica; compilare lo spazio relativo alla data indicando ogni volta giorno/mese/anno, barrare le caselle di interesse e sottoscrivere. In caso di spazio insufficiente, per tutte le categorie di esercizio professionale previste dalla normativa si prega di fotocopiare e compilare i fogli "segue" predisposti.

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

nato/a a _____ il _____
(gg/mm/aa)

con residenza anagrafica nel Comune di _____ (_____)
in Via _____ n. _____ cap _____

con riferimento alla domanda di concorso pubblico, per titoli ed esame, per il conferimento di una sede farmaceutica disponibile per il privato esercizio nella provincia di Ferrara, Atto Dirigenziale PG. 62354/2011 ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto D.P.R. in caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di aver preso visione del Bando di concorso;
- di essere in possesso dei seguenti titoli relativi all'esercizio professionale (in caso di spazio insufficiente procedere effettuando il numero necessario di copie delle pagine "segue" predisposte oppure allegare dichiarazione integrativa, dattiloscritta o in stampatello e sottoscritta):

Categoria A. Titolare e Direttore di farmacia aperta al pubblico.

Titolare di farmacia aperta al pubblico Direttore di farmacia aperta al pubblico
denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Titolare di farmacia aperta al pubblico Direttore di farmacia aperta al pubblico
denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

foglio "segue" categoria A – Titolare e Direttore di farmacia aperta al pubblico.

Titolare di farmacia aperta al pubblico Direttore di farmacia aperta al pubblico
denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Titolare di farmacia aperta al pubblico Direttore di farmacia aperta al pubblico
denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Titolare di farmacia aperta al pubblico Direttore di farmacia aperta al pubblico
denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Titolare di farmacia aperta al pubblico Direttore di farmacia aperta al pubblico
denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Titolare di farmacia aperta al pubblico Direttore di farmacia aperta al pubblico
denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Titolare di farmacia aperta al pubblico Direttore di farmacia aperta al pubblico
denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Titolare di farmacia aperta al pubblico Direttore di farmacia aperta al pubblico
denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Titolare di farmacia aperta al pubblico Direttore di farmacia aperta al pubblico
denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Categoria B. Collaboratore di farmacia aperta al pubblico.

Collaboratore di farmacia aperta al pubblico
Denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Collaboratore di farmacia aperta al pubblico
Denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Collaboratore di farmacia aperta al pubblico
Denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Collaboratore di farmacia aperta al pubblico
Denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Collaboratore di farmacia aperta al pubblico
Denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Collaboratore di farmacia aperta al pubblico
Denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Collaboratore di farmacia aperta al pubblico
Denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Collaboratore di farmacia aperta al pubblico
Denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

foglio "segue" Categoria B. Collaboratore di farmacia aperta al pubblico.

Collaboratore di farmacia aperta al pubblico
Denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Collaboratore di farmacia aperta al pubblico
Denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Collaboratore di farmacia aperta al pubblico
Denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Collaboratore di farmacia aperta al pubblico
Denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Collaboratore di farmacia aperta al pubblico
Denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Collaboratore di farmacia aperta al pubblico
Denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Collaboratore di farmacia aperta al pubblico
Denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Collaboratore di farmacia aperta al pubblico
Denominazione farmacia _____
Comune di _____ (Prov.) _____
rurale SI NO privata SI NO
dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____
 tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Categoria C - Professore Ordinario di ruolo della Facoltà di Farmacia, Farmacista Dirigente dei ruoli delle Unità Sanitarie Locali o Dirigente di 2° Livello, Direttore di Farmacia Ospedaliera o Dirigente 2° Livello, Direttore di Farmacia Militare, Direttore Tecnico di Stabilimento Farmaceutico

- Professore ordinario di ruolo della facoltà di farmacia
- Farmacista dirigente dei ruoli delle unità sanitarie locali o dirigente di 2° livello
- Direttore di farmacia ospedaliera o dirigente di 2° livello
- Direttore di farmacia militare
- Direttore tecnico di stabilimento farmaceutico

Ente _____

Comune di _____ (Prov.) _____

dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

- tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

- Professore ordinario di ruolo della facoltà di farmacia
- Farmacista dirigente dei ruoli delle unità sanitarie locali o dirigente di 2° livello
- Direttore di farmacia ospedaliera o dirigente di 2° livello
- Direttore di farmacia militare
- Direttore tecnico di stabilimento farmaceutico

Ente _____

Comune di _____ (Prov.) _____

dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

- tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

- Professore ordinario di ruolo della facoltà di farmacia
- Farmacista dirigente dei ruoli delle unità sanitarie locali o dirigente di 2° livello
- Direttore di farmacia ospedaliera o dirigente di 2° livello
- Direttore di farmacia militare
- Direttore tecnico di stabilimento farmaceutico

Ente _____

Comune di _____ (Prov.) _____

dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

- tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

- Professore ordinario di ruolo della facoltà di farmacia
- Farmacista dirigente dei ruoli delle unità sanitarie locali o dirigente di 2° livello
- Direttore di farmacia ospedaliera o dirigente di 2° livello
- Direttore di farmacia militare
- Direttore tecnico di stabilimento farmaceutico

Ente _____

Comune di _____ (Prov.) _____

dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

- tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

- Professore ordinario di ruolo della facoltà di farmacia
- Farmacista dirigente dei ruoli delle unità sanitarie locali o dirigente di 2° livello
- Direttore di farmacia ospedaliera o dirigente di 2° livello
- Direttore di farmacia militare
- Direttore tecnico di stabilimento farmaceutico

Ente _____

Comune di _____ (Prov.) _____

dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

- tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

foglio "segue" Categoria C - Professore Ordinario di ruolo della Facoltà di Farmacia, Farmacista Dirigente dei ruoli delle Unità Sanitarie Locali o Dirigente di 2° Livello, Direttore di Farmacia Ospedaliera o Dirigente 2° Livello, Direttore di Farmacia Militare, Direttore Tecnico di Stabilimento Farmaceutico

- Professore ordinario di ruolo della facoltà di farmacia
- Farmacista dirigente dei ruoli delle unità sanitarie locali o dirigente di 2° livello
- Direttore di farmacia ospedaliera o dirigente di 2° livello
- Direttore di farmacia militare
- Direttore tecnico di stabilimento farmaceutico

Ente _____

Comune di _____ (Prov.) _____

dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

- tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

- Professore ordinario di ruolo della facoltà di farmacia
- Farmacista dirigente dei ruoli delle unità sanitarie locali o dirigente di 2° livello
- Direttore di farmacia ospedaliera o dirigente di 2° livello
- Direttore di farmacia militare
- Direttore tecnico di stabilimento farmaceutico

Ente _____

Comune di _____ (Prov.) _____

dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

- tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

- Professore ordinario di ruolo della facoltà di farmacia
- Farmacista dirigente dei ruoli delle unità sanitarie locali o dirigente di 2° livello
- Direttore di farmacia ospedaliera o dirigente di 2° livello
- Direttore di farmacia militare
- Direttore tecnico di stabilimento farmaceutico

Ente _____

Comune di _____ (Prov.) _____

dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

- tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

- Professore ordinario di ruolo della facoltà di farmacia
- Farmacista dirigente dei ruoli delle unità sanitarie locali o dirigente di 2° livello
- Direttore di farmacia ospedaliera o dirigente di 2° livello
- Direttore di farmacia militare
- Direttore tecnico di stabilimento farmaceutico

Ente _____

Comune di _____ (Prov.) _____

dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

- tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

- Professore ordinario di ruolo della facoltà di farmacia
- Farmacista dirigente dei ruoli delle unità sanitarie locali o dirigente di 2° livello
- Direttore di farmacia ospedaliera o dirigente di 2° livello
- Direttore di farmacia militare
- Direttore tecnico di stabilimento farmaceutico

Ente _____

Comune di _____ (Prov.) _____

dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

- tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Categoria D - Direttore di Aziende Farmaceutiche Municipalizzate, Informatore Scientifico o Collaboratore ad altro titolo di industria farmaceutica, Coadiutore o Collaboratore dei ruoli delle Unità Sanitarie Locali o Dirigente di 1° Livello, Farmacista militare, Direttore di deposito o magazzino all'ingrosso di medicinali, Direttore tecnico di officine di produzione di cosmetici, Professore Universitario Associato della Facoltà di Farmacia, Farmacista dipendente del Ministero della Sanità e dell'Istituto Superiore di Sanità, delle Regioni e delle Province Autonome

- Direttore di aziende farmaceutiche municipalizzate;
- Informatore scientifico o collaboratore ad altro titolo di industria farmaceutica;
- Coadiutore o Collaboratore dei ruoli delle Unità Sanitarie Locali o dirigente di 1° livello;
- Farmacista militare;
- Direttore di deposito o magazzino all'ingrosso di medicinali;
- Direttore tecnico di officine di produzione di cosmetici;
- Professore universitario associato della facoltà di farmacia;
- Farmacista dipendente del Ministero della Sanità e dell'Istituto Superiore di Sanità, delle Regioni e delle Province autonome;

Ente _____

Comune di _____ (Prov.) _____

dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

- tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

- Direttore di aziende farmaceutiche municipalizzate
- Informatore scientifico o collaboratore ad altro titolo di industria farmaceutica
- Coadiutore o collaboratore dei ruoli delle Unità Sanitarie Locali o dirigente di 1° livello
- Farmacista militare
- Direttore di deposito o magazzino all'ingrosso di medicinali
- Direttore tecnico di officine di produzione di cosmetici
- Professore universitario associato della facoltà di farmacia
- Farmacista dipendente del Ministero della Sanità e dell'Istituto Superiore di Sanità, delle Regioni e delle Province autonome

Ente _____

Comune di _____ (Prov.) _____

dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

- tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

- Direttore di aziende farmaceutiche municipalizzate
- Informatore scientifico o collaboratore ad altro titolo di industria farmaceutica
- Coadiutore o collaboratore dei ruoli delle Unità Sanitarie Locali o dirigente di 1° livello
- Farmacista militare
- Direttore di deposito o magazzino all'ingrosso di medicinali
- Direttore tecnico di officine di produzione di cosmetici
- Professore universitario associato della facoltà di farmacia
- Farmacista dipendente del Ministero della Sanità e dell'Istituto Superiore di Sanità, delle Regioni e delle Province autonome

Ente _____

Comune di _____ (Prov.) _____

dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

- tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Foglio "segue" Categoria D - Direttore di Aziende Farmaceutiche Municipalizzate, Informatore Scientifico o Collaboratore ad altro titolo di industria farmaceutica, Coadiutore o Collaboratore dei ruoli delle Unità Sanitarie Locali o Dirigente di 1° Livello, Farmacista militare, Direttore di deposito o magazzino all'ingrosso di medicinali, Direttore tecnico di officine di produzione di cosmetici, Professore Universitario Associato della Facoltà di Farmacia, Farmacista dipendente del Ministero della Sanità e dell'Istituto Superiore di Sanità, delle Regioni e delle Province Autonome

- Direttore di aziende farmaceutiche municipalizzate;
- Informatore scientifico o collaboratore ad altro titolo di industria farmaceutica;
- Coadiutore o Collaboratore dei ruoli delle Unità Sanitarie Locali o dirigente di 1° livello;
- Farmacista militare;
- Direttore di deposito o magazzino all'ingrosso di medicinali;
- Direttore tecnico di officine di produzione di cosmetici;
- Professore universitario associato della facoltà di farmacia;
- Farmacista dipendente del Ministero della Sanità e dell'Istituto Superiore di Sanità, delle Regioni e delle Province autonome;

Ente _____

Comune di _____ (Prov.) _____

dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

- Direttore di aziende farmaceutiche municipalizzate
- Informatore scientifico o collaboratore ad altro titolo di industria farmaceutica
- Coadiutore o collaboratore dei ruoli delle Unità Sanitarie Locali o dirigente di 1° livello
- Farmacista militare
- Direttore di deposito o magazzino all'ingrosso di medicinali
- Direttore tecnico di officine di produzione di cosmetici
- Professore universitario associato della facoltà di farmacia
- Farmacista dipendente del Ministero della Sanità e dell'Istituto Superiore di Sanità, delle Regioni e delle Province autonome

Ente _____

Comune di _____ (Prov.) _____

dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

- Direttore di aziende farmaceutiche municipalizzate
- Informatore scientifico o collaboratore ad altro titolo di industria farmaceutica
- Coadiutore o collaboratore dei ruoli delle Unità Sanitarie Locali o dirigente di 1° livello
- Farmacista militare
- Direttore di deposito o magazzino all'ingrosso di medicinali
- Direttore tecnico di officine di produzione di cosmetici
- Professore universitario associato della facoltà di farmacia
- Farmacista dipendente del Ministero della Sanità e dell'Istituto Superiore di Sanità, delle Regioni e delle Province autonome

Ente _____

Comune di _____ (Prov.) _____

dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Altri titoli relativi all'esercizio professionale

Titolo/posizione/qualifica _____

Ente _____

Comune di _____ (Prov.) _____

dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Titolo/posizione/qualifica _____

Ente _____

Comune di _____ (Prov.) _____

dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Titolo/posizione/qualifica _____

Ente _____

Comune di _____ (Prov.) _____

dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Titolo/posizione/qualifica _____

Ente _____

Comune di _____ (Prov.) _____

dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Titolo/posizione/qualifica _____

Ente _____

Comune di _____ (Prov.) _____

dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Titolo/posizione/qualifica _____

Ente _____

Comune di _____ (Prov.) _____

dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Titolo/posizione/qualifica _____

Ente _____

Comune di _____ (Prov.) _____

dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Il presente allegato D è composto da n. _____ pagine.

Luogo e data _____

Firma _____

(non soggetta ad autenticazione)