

Schema di domanda (da redigersi in carta semplice)

NOTE PER LA COMPILAZIONE: integrare il presente modulo in tutte le sue parti in stampatello o a macchina o con le modalità previste per la trasmissione informatica; barrare le caselle di interesse, sottoscrivere ed allegare copia fotostatica di un documento di riconoscimento.

*Spett.le
Provincia di Ravenna
Ufficio Archivio
Piazza dei Cauti n. 2/4
48121 Ravenna*

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome e nome)
nato/a a _____ il _____
(gg/mm/aa)
residente nel Comune di _____ (_____)
in Via _____ n. _____
Cap _____ tel. _____ cell. _____
Codice Fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al Concorso pubblico, per titoli ed esame, per il conferimento di n. 1 sede farmaceutica disponibile per il privato esercizio nella provincia di Ravenna, Provvedimento Dirigenziale n. 2929 del 25/08/2011.
A tal fine, 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., nel caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

1. Cittadinanza:

- di essere cittadino italiano o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea (specificare quale _____) e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

2. Liste elettorali:

- di essere iscritto alle liste elettorali e nel godimento dei diritti civili;
 di non essere iscritto alle liste elettorali per i seguenti motivi (indicare quali _____);

3. Condanne e procedimenti penali:

- di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
 di avere riportato condanne penali passate in giudicato per le seguenti fattispecie di reato
_____;
 di avere i seguenti procedimenti penali in corso
_____;

4. *Laurea:*

di aver conseguito la laurea in:

- Farmacia;
 Chimica e Tecnologia Farmaceutica
presso _____ l'Università _____ di _____
in data _____ con la votazione (dato utile ai fini della valutazione
dei titoli) _____;

5. *Abilitazione:*

- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di Farmacista nell'anno _____ presso l'Università di _____ con la votazione (dato utile ai fini della valutazione dei titoli) _____;

6. *Iscrizione all'Albo professionale dei Farmacisti:*

- di essere iscritto all'Albo della provincia di _____ dal _____ n. _____;
 di non essere iscritto all'Albo dei Farmacisti;

7. *Trasferimento di titolarità:*

- di non aver ceduto la propria farmacia, ai sensi dell'art. 12 della legge n. 475/1968;
 di aver ceduto la propria farmacia e che sono trascorsi almeno dieci anni dall'atto del trasferimento della farmacia stessa, ai sensi dell'art. 12, comma 4 della legge n. 475/1968 (come da attestazione dell'Azienda Sanitaria che si allega);

CHIEDE

- in quanto portatore di handicap, ai sensi della legge n. 104/92, i seguenti ausili per l'espletamento della prova concorsuale _____ nonché i seguenti tempi aggiuntivi in relazione alla propria condizione per sostenere la prova stessa _____;

DICHIARA INOLTRE

- che tutte le dichiarazioni rese sono documentabili;
 di accettare tutte le indicazioni contenute nel bando e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali finalizzato alla gestione della procedura concorsuale e degli adempimenti conseguenti;
 di avere preso visione, in particolare, dell'avvertenza contenuta nel bando che la **data** e la **sede** della prova d'esame saranno comunicate ai candidati esclusivamente mediante avviso sul

BURERT - Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia Romagna tra il _____ e contemporaneamente sul sito Internet della Provincia di Ravenna al seguente indirizzo: <http://www.provincia.ra.it> alla voce Avvisi pubblici.

SI ALLEGANO

- ricevuta del versamento di € 40,00 (quaranta) per spese di segreteria;
- . fotocopia del documento di riconoscimento (indicare il tipo) _____ n. _____ rilasciato il _____ da _____ e in corso di validità.

SI CHIEDE

che ogni comunicazione relativa al presente concorso venga inviata al seguente indirizzo, il cui eventuale cambiamento verrà tempestivamente segnalato con Raccomandata AR:

da compilare SOLO se diverso dalla residenza:

Comune di _____ (_____)

Via _____ n. _____

Cap _____ tel. _____

Luogo e data _____

Firma
