

Dichiarazione sostitutiva di possesso di titoli di studio e di carriera ai fini dell'assegnazione del punteggio previsto.

NOTE PER LA COMPILAZIONE: la dichiarazione dovrà essere redatta in modo da poter soddisfare le esigenze di valutazione della Commissione esaminatrice 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; barrare le caselle di interesse e sottoscrivere.

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

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

con residenza anagrafica nel Comune di _____ Provincia (____)

in Via _____ n. _____ Cap _____

con riferimento alla domanda di 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. del _____, 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 di studio e di carriera (in caso di spazio insufficiente procedere effettuando il numero necessario di copie delle pagine predisposte oppure allegare dichiarazione integrativa, dattiloscritta o in stampatello e sottoscritta):

altra Laurea in _____ conseguita presso l'Università di _____ il _____;

altra Laurea in _____ conseguita presso l'Università di _____ il _____;

Specializzazioni universitarie o borse di studio o di ricerca relative alla facoltà di Farmacia o Chimica e Tecnologia Farmaceutiche, erogate ai sensi o dell'art. 80 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, o dell'art. 8 della legge 30 novembre 1989, n. 398:

1. Materia _____
Presso l'Università di _____
Facoltà di _____
Periodo _____

2. Materia _____
Presso l'Università di _____

Facoltà di _____

Periodo _____

3. Materia _____

Presso l'Università di _____

Facoltà di _____

Periodo _____

4. Materia _____

Presso l'Università di _____

Facoltà di _____

Periodo _____

5. Materia _____

Presso l'Università di _____

Facoltà di _____

Periodo _____

Idoneità (da valutarsi una sola volta) conseguita nel concorso per sedi farmaceutiche della provincia di _____ estremi dell'atto di approvazione della graduatoria n. _____ del _____ con punti _____;

Idoneità nazionale a farmacista dirigente conseguita presso _____ il _____;

altri titoli di studio:

1. Titolo _____

Durata _____

Rilasciato da _____

In data _____

Note _____

2. Titolo _____

Durata _____

Rilasciato da _____

In data _____

Note _____

Corsi di aggiornamento (esclusi E.C.M.):

1. Titolo _____

Organizzato da _____

Nei giorni/periodo _____

Per un totale di ore _____

Dichiaro di: aver superato l'esame finale
 non aver superato l'esame finale
 esame finale non previsto

Attestato di frequenza: allegato non allegato

2. Titolo _____

Organizzato da _____

Nei giorni/periodo _____

Per un totale di ore _____

Dichiaro di: aver superato l'esame finale
 non aver superato l'esame finale
 esame finale non previsto

Attestato di frequenza: allegato non allegato

3. Titolo _____

Organizzato da _____

Nei giorni/periodo _____

Per un totale di ore _____

Dichiaro di: aver superato l'esame finale
 non aver superato l'esame finale
 esame finale non previsto

Attestato di frequenza: allegato non allegato

4. Titolo _____

Organizzato da _____

Nei giorni/periodo _____

Per un totale di ore _____

Dichiaro di: aver superato l'esame finale
 non aver superato l'esame finale
 esame finale non previsto

Attestato di frequenza: allegato non allegato

(In caso di spazio insufficiente per i corsi di aggiornamento procedere effettuando il numero necessario di copie della presente pagina e numerare i corsi progressivamente nello spazio)

.... Titolo _____

Organizzato da _____

Nei giorni/periodo _____

Per un totale di ore _____

Dichiaro di: aver superato l'esame finale

- non aver superato l'esame finale
 esame finale non previsto

Attestato di frequenza: allegato non allegato

.... Titolo _____

Organizzato da _____

Nei giorni/periodo _____

Per un totale di ore _____

- Dichiaro di: aver superato l'esame finale
 non aver superato l'esame finale
 esame finale non previsto

Attestato di frequenza: allegato non allegato

.... Titolo _____

Organizzato da _____

Nei giorni/periodo _____

Per un totale di ore _____

- Dichiaro di: aver superato l'esame finale
 non aver superato l'esame finale
 esame finale non previsto

Attestato di frequenza: allegato non allegato

.... Titolo _____

Organizzato da _____

Nei giorni/periodo _____

Per un totale di ore _____

- Dichiaro di: aver superato l'esame finale
 non aver superato l'esame finale
 esame finale non previsto

Attestato di frequenza: allegato non allegato

Corsi di aggiornamento (solo E.C.M.) di cui al Decreto Legislativo n. 229/1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale":

debito formativo assolto SI NO

numero globale dei crediti acquisiti : _____

eventuale esenzione:

(specificare la categoria) _____

per il periodo _____

Elencare i corsi di aggiornamento E.C.M. frequentati:

1. titolo _____
codice evento _____
data di svolgimento _____
crediti ECM _____
attestato di conseguimento crediti: allegato non allegato

2. titolo _____
codice evento _____
data di svolgimento _____
crediti ECM _____
attestato di conseguimento crediti: allegato non allegato

3. titolo _____
codice evento _____
data di svolgimento _____
crediti ECM _____
attestato di conseguimento crediti: allegato non allegato

4. titolo _____
codice evento _____
data di svolgimento _____
crediti ECM _____
attestato di conseguimento crediti: allegato non allegato

5. titolo _____
codice evento _____
data di svolgimento _____
crediti ECM _____
attestato di conseguimento crediti: allegato non allegato

6. titolo _____
codice evento _____
data di svolgimento _____
crediti ECM _____
attestato di conseguimento crediti: allegato non allegato

7. titolo _____
codice evento _____
data di svolgimento _____
crediti ECM _____
attestato di conseguimento crediti: allegato non allegato

8. titolo _____

codice evento _____
data di svolgimento _____
crediti ECM _____
attestato di conseguimento crediti: allegato non allegato

9. titolo _____
codice evento _____
data di svolgimento _____
crediti ECM _____
attestato di conseguimento crediti: allegato non allegato

10. titolo _____
codice evento _____
data di svolgimento _____
crediti ECM _____
attestato di conseguimento crediti: allegato non allegato

11. titolo _____
codice evento _____
data di svolgimento _____
crediti ECM _____
attestato di conseguimento crediti: allegato non allegato

12. titolo _____
codice evento _____
data di svolgimento _____
crediti ECM _____
attestato di conseguimento crediti: allegato non allegato

(In caso di spazio insufficiente per i corsi di aggiornamento (solo ECM) procedere effettuando il numero necessario di copie della presente pagina e numerare i corsi progressivamente nello spazio).

... titolo _____
codice evento _____
data di svolgimento _____
crediti ECM _____
attestato di conseguimento crediti: allegato non allegato

... titolo _____
codice evento _____
data di svolgimento _____
crediti ECM _____

attestato di conseguimento crediti: allegato non allegato

... titolo _____
codice evento _____
data di svolgimento _____
crediti ECM _____
attestato di conseguimento crediti: allegato non allegato

... titolo _____
codice evento _____
data di svolgimento _____
crediti ECM _____
attestato di conseguimento crediti: allegato non allegato

... titolo _____
codice evento _____
data di svolgimento _____
crediti ECM _____
attestato di conseguimento crediti: allegato non allegato

... titolo _____
codice evento _____
data di svolgimento _____
crediti ECM _____
attestato di conseguimento crediti: allegato non allegato

... titolo _____
codice evento _____
data di svolgimento _____
crediti ECM _____
attestato di conseguimento crediti: allegato non allegato

Pubblicazioni scientifiche:

1. Autore _____
Titolo _____
Editore _____
Data di pubblicazione _____

2. Autore _____
Titolo _____
Editore _____
Data di pubblicazione _____

3. Autore _____
Titolo _____

- Editore _____
Data di pubblicazione _____
4. Autore _____
Titolo _____
Editore _____
Data di pubblicazione _____
5. Autore _____
Titolo _____
Editore _____
Data di pubblicazione _____
6. Autore _____
Titolo _____
Editore _____
Data di pubblicazione _____
7. Autore _____
Titolo _____
Editore _____
Data di pubblicazione _____

Tutte le pubblicazioni elencate sono allegate in originale o in copia conforme all'originale.

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

Luogo e data _____

Firma
