

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 _____ Prov. (____)

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 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)

. 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)
- 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^a Livello, Direttore di Farmacia Ospedaliera o dirigente 2^a 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^a livello
- Direttore di farmacia ospedaliera o dirigente di 2^a 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 II° livello
- Direttore di farmacia ospedaliera o dirigente di II° 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 II° livello
- Direttore di farmacia ospedaliera o dirigente di II° 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 II° livello
- Direttore di farmacia ospedaliera o dirigente di II° 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 II° livello
- Direttore di farmacia ospedaliera o dirigente di II° 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 II° livello
- Direttore di farmacia ospedaliera o dirigente di II° 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 II° livello
- Direttore di farmacia ospedaliera o dirigente di II° 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 II° livello
- Direttore di farmacia ospedaliera o dirigente di II° 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 I° 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 I° 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 I° 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 I° 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 I° 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)

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

Luogo e data _____

Firma
