

Dichiarazione sostitutiva di certificazione (Art. 47 DPR 445/2000).

**Note per la compilazione: la dichiarazione dovrà essere redatta in modo chiaro dattiloscritta o in stampatello o con le modalità previste per la trasmissione informatica e sottoscritta. Il presente modulo è da utilizzare per dichiarazioni ulteriori rispetto a quando già indicato negli allegati C e D.**

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;
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_