



PROVINCIA DI ASCOLI PICENO

medaglia d'oro Al Valor Militare per attività partigiana

Allegato A

All'Amministrazione Provinciale di Ascoli Piceno
Piazza Simonetti n. 36
63100 Ascoli Piceno

(Compilare la domanda in ogni sua parte scrivendo in stampatello o al computer negli spazi)

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

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

con residenza anagrafica nel Comune di _____ (_____)

in Via _____ n. _____ Cap _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

Indirizzo a cui inviare le eventuali comunicazioni relative al concorso (da compilare esclusivamente se diverso dalla residenza):

presso _____

Via _____ n. _____ Comune _____

_____ () CAP _____ tel. _____

CHIEDE

Di essere ammesso/a al concorso pubblico, per titoli ed esame, per il conferimento di sede farmaceutica di nuova istituzione disponibile per il privato esercizio nella provincia di Ascoli Piceno, Atto Dirigenziale n. 355 /AS del 23/12/2009.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del medesimo DPR, nel caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

Dichiara i seguenti requisiti

(barrare tutte le caselle che fanno riferimento alle informazioni necessarie per l'ammissione)

di essere in possesso della cittadinanza italiana;

oppure

di essere in possesso della cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea

_____ (specificare quale) e di possedere un'adeguata conoscenza della lingua italiana;

di godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza o di provenienza;

di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____

oppure

di non essere iscritto/a o di essere stato/a cancellato/a nelle liste elettorali per il seguente motivo _____

di avere un'età compresa tra gli anni 18 e i 60 non compiuti;

di essere in possesso dell'idoneità fisica all'esercizio personale della farmacia;

di essere in possesso del diploma di Laurea in:

Farmacia

Chimica e Tecnologia Farmaceutica

Conseguito presso l'Università degli Studi di _____ nell'anno _____ con la votazione di _____ su _____

di essere iscritto all'Albo Professionale dei Farmacisti della Provincia di _____ con data d'iscrizione il _____

di avere conseguito l'abilitazione professionale presso _____ in data _____ con la votazione di _____ su _____

di non aver trasferito la titolarità di farmacia negli ultimi 10 anni.

Dichiara inoltre

di essere titolare di farmacia Si No
oppure

di essere socio di società titolare di farmacia Si No

di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso
oppure

di avere riportato condanne penali per le seguenti fattispecie di reato _____ e/o di avere i seguenti procedimenti penali in corso _____

di essere disabile, di necessitare dei seguenti ausili per l'espletamento della prova concorsuale _____ e di necessitare, in relazione alla propria condizione, dei seguenti tempi aggiuntivi per sostenere la prova _____

Conferma che tutti i requisiti dichiarati sono posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dal bando per la presentazione della domanda di ammissione e sono documentabili.

Allega alla presente:

Copia fotostatica di un documento di identità,

Dichiarazioni di possesso di eventuali titoli utili ai fini dell'assegnazione del punteggio

ricevuta di versamento di € 25,00 per le spese di segreteria

Luogo e data _____

Firma

**(non soggetta ad autenticazione, ma necessaria
a pena di esclusione)**

Allegato B

Dichiarazione Sostitutiva di possesso di TITOLI DI STUDIO E DI CARRIERA ai fini dell'assegnazione del punteggio previsto (DPCM 30/03/1994, n. 298)

NOTE PER LA COMPILAZIONE: integrare il presente modulo in tutte le sue parti in stampatello, 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 _____ (____)
in Via _____ n. _____ Cap _____

con riferimento alla domanda di partecipazione al concorso pubblico, per titoli ed esame, per il conferimento di sede farmaceutica di nuova istituzione disponibile per il privato esercizio nella provincia di Ascoli Piceno, Atto Dirigenziale n. 355 /AS del 23/12/2009, 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 dell'art. 7 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):

- seconda Laurea** in: Chimica e Tecnologia Farmaceutica Farmacia
conseguita presso l'Università di _____ il _____;
- seconda Laurea** in: Medicina Scienze Biologiche Veterinaria Chimica
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:

Specializzazioni:

1. Titolo _____
Conseguita presso l'Università di _____
Facoltà di _____
il _____
2. Titolo _____
Conseguita presso l'Università di _____
Facoltà di _____
il _____
3. Titolo _____
Conseguita presso l'Università di _____
Facoltà di _____
il _____

Borse di Studio o di ricerca:

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 _____

- 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 _____ ore _____
Rilasciato da _____
In data _____
Note _____

2. Titolo _____
Durata _____ ore _____
Rilasciato da _____
In data _____
Note _____

3. Titolo _____
Durata _____ ore _____
Rilasciato da _____
In data _____
Note _____

4. Titolo _____
Durata _____ ore _____
Rilasciato da _____
In data _____
Note _____

5. Titolo _____
Durata _____ ore _____
Rilasciato da _____
In data _____
Note _____

Corsi di aggiornamento:

1. Titolo _____

Organizzato da _____

Nei giorni/periodo _____

Per un totale di ore _____ ECM _____

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 _____ ECM _____

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 _____ ECM _____

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 _____ ECM _____

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

(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 _____ ECM _____

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 _____ ECM _____

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 _____ ECM _____

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 _____ ECM _____

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 _____ ECM _____

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

Attestato di frequenza: 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 _____
8. Autore _____
Titolo _____
Editore _____
Data di pubblicazione _____

- Tutte le pubblicazioni elencate sono allegate in originale o in copia conforme all'originale.
- Il presente allegato B è composto da n. _____ pagine.

Luogo e data _____

FIRMA

(non soggetta ad autenticazione)

Allegato C

Dichiarazione Sostitutiva di possesso di TITOLI RELATIVI ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE ai fini dell'assegnazione del punteggio previsto (DPCM 30/03/1994, n. 298)

NOTE PER LA COMPILAZIONE: 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 sede farmaceutica di nuova istituzione disponibile per il privato esercizio nella provincia di Ascoli Piceno, Atto Dirigenziale n. 355 /AS del 23/12/2009 , 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 dell'art. 7 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 B

collaboratore di farmacia aperta al pubblico

- ▶▶ Collaboratore di farmacia aperta al pubblico

Denominazione farmacia _____

Comune di _____ (PR) _____

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 _____ (PR) _____

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 _____ (PR) _____

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 _____ (PR) _____

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 _____ (PR) _____

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 _____ (PR) _____

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 _____ (PR) _____

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 _____ (PR) _____

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 _____ (PR) _____

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 _____ (PR) _____

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 II° LIVELLO, DIRETTORE DI FARMACIA OSPEDALIERA O DIRIGENTE DI II° LIVELLO, DI RETTORE 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 II° livello
 Direttore di farmacia ospedaliera o dirigente di II° livello
 Direttore di farmacia militare
 Direttore tecnico di stabilimento farmaceutico

Ente _____

Comune di _____ (PR) _____

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 _____ (PR) _____

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 _____ (PR) _____

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 _____ (PR) _____

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 _____ (PR) _____

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 _____ (PR) _____

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 _____ (PR) _____

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 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

- ▶▶ 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 _____ (PR) _____

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 _____ (PR) _____

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 _____ (PR) _____

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 _____ (PR) _____

Dal ___/___/_____ al ___/___/_____

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

Altri TITOLI relativi all'esercizio professionale

▶▶ Titolo/posizione/qualifica _____

Ente _____

Comune di _____ (PR) _____

Dal ___/___/_____ al ___/___/_____

tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

▶▶ Titolo/posizione/qualifica _____

Ente _____

Comune di _____ (PR) _____

Dal ___/___/_____ al ___/___/_____

tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

▶▶ Titolo/posizione/qualifica _____

Ente _____

Comune di _____ (PR) _____

Dal ___/___/_____ al ___/___/_____

tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

▶▶ Titolo/posizione/qualifica _____

Ente _____

Comune di _____ (PR) _____

Dal ___/___/_____ al ___/___/_____

tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

▶▶ Titolo/posizione/qualifica _____

Ente _____

Comune di _____ (PR) _____

Dal ___/___/_____ al ___/___/_____

tempo pieno tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

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

Luogo e data _____

Firma

(non soggetta ad autenticazione)

Allegato D

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CONFORMITÀ (Art. 47 D.P.R. 445/2000)

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 sede farmaceutica di nuova istituzione disponibile per il privato esercizio nella provincia di Ascoli Piceno, Atto Dirigenziale n. 355 /AS del 23/12/2009, 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 dell'art. 7 del Bando di concorso;
- che i documenti (pubblicazioni, certificati, ...) di seguito specificati e allegati in copia alla domanda di concorso di cui sopra, sono conformi agli originali (in caso di spazio insufficiente, allegare dichiarazione integrativa, dattiloscritta o in stampatello e sottoscritta):

Luogo e data _____

Firma

(non soggetta ad autenticazione)