

Allegato B

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
AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI RIMINI
SERVIZIO POLITICHE COMUNITARIE SERVIZI
ALLA PERSONA E ALLA COMUNITA'
VIA DARIO CAMPANA 64- 47922 RIMINI

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

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

residente nel Comune di _____ (____)

in Via _____ n. _____

Cap _____ tel. _____

Cell. _____

Indirizzo e-mail: _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al Concorso pubblico, per titoli ed esame, per il conferimento di n. 2 sedi farmaceutiche di nuova istituzione, disponibili per il privato esercizio nella provincia di Rimini, Delibera di G.P. n. 273 del 07/12/2011

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;

Informativa ai sensi del D. Lgs. 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Cognome _____ Nome _____

- 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 trasferito la titolarità di farmacia negli ultimi 10 anni (tale opzione è da barrare anche da coloro i quali non sono mai stati titolari di farmacia);
- di aver trasferito la titolarità di 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;

Informativa ai sensi del D. Lgs. 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Cognome _____ Nome _____

- 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 Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna e contemporaneamente sul sito Internet della Provincia di Rimini al seguente indirizzo <http://www.provincia.rimini.it/servizi/index.html> alla voce BANDI

SI ALLEGANO

- Ricevuta del versamento di € **40,00** per rimborso spese concorsuali;
- Fotocopia del documento di riconoscimento _____ n. _____
(indicare il tipo)
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

(autenticata ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000
mediante produzione di copia fotostatica di
documento di riconoscimento)

Informativa ai sensi del D. Lgs. 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.