

Dichiarazione sostitutiva di certificazione (autocertificazione) ai sensi dell'art. 46 DPR n. 445/2000

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ in via _____
codice fiscale _____
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.

DICHIARA

– di possedere la Laurea in _____
– conseguita presso l'Università di _____
– in data _____
– di aver sostenuto l'esame di stato nell'anno _____
– sessione _____
– Università di _____
– di essere iscritto/a all'Albo dei Farmacisti di _____
– dal _____
– al numero _____

e di essere in possesso del requisito di idoneità previsto dall'art. 12 della legge 475/1968 e s.m.i. in quanto

- risultato idoneo in un precedente concorso, nell'anno _____ Regione _____
 avere almeno due anni di pratica professionale, in qualità di _____

COLLABORATORE **DIRETTORE**

Farmacia cod. prov. _____ Aulss _____
Denominazione _____
Comune di _____ Provincia _____
dal _____ al _____

COLLABORATORE **DIRETTORE**

Farmacia cod. prov. _____ Aulss _____
Denominazione _____
Comune di _____ Provincia _____
dal _____ al _____

COLLABORATORE **DIRETTORE**

Farmacia cod. prov. _____ Aulss _____
Denominazione _____
Comune di _____ Provincia _____
dal _____ al _____

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003 e s.m.i. che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma del dichiarante

Allegare fotocopia documento d'identità in corso di validità e inviare a UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale servizio.farmaceutico.aulss8@pecveneto.it