

**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 \_\_\_\_\_

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](mailto:servizio.farmaceutico.aulss8@pecveneto.it)**