

Allegato A)

Compilare la domanda in ogni sua parte scrivendo in stampatello o a computer negli appositi spazi

Alla Regione Piemonte
Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità
Settore Assistenza
Farmaceutica e Assistenza Integrativa
C.so Regina Margherita, 153 bis
10122 TORINO

Il/la sottoscritto/a _____ (Cognome, Nome)
nato/a a _____ () il ___/___/___ (gg/mm/aa)
residente nel Comune di _____ () Via _____
n. _____ C.A.P. _____ tel. _____ altro eventuale 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 _____ ()
C.A.P. _____ tel. _____

(ogni variazione dovrà essere tempestivamente segnalata a cura del candidato con raccomandata A.R.)

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al concorso pubblico, per titoli ed esami, per il conferimento di sedi farmaceutiche vacanti e di nuova istituzione nei Comuni della Regione Piemonte, bandito con determinazione del Direttore regionale della Direzione Sanità n. del

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia e, altresì, consapevole della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, 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 _____ 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 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 nonché l'esenzione da malattie contagiose in atto che possano rendere pericoloso l'esercizio medesimo
- di essere in posizione regolare nei confronti degli obblighi di leva
- di essere in possesso del diploma di Laurea in :
- Farmacia
 Chimica e Tecnologia Farmaceutiche
- 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 di iscrizione il _____
- di avere conseguito l'abilitazione professionale presso _____
in data _____
- con la votazione di _____ su _____
- di non avere trasferito la titolarità di farmacia negli ultimi 10 anni.

DICHIARA INOLTRE

- di essere titolare di farmacia Sì NO
oppure
- di essere socio di società titolare di farmacia Sì NO
- di non essere dipendente di ruolo di Pubbliche Amministrazioni
- di essere dipendente di ruolo presso _____
con la qualifica di _____
- di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso
oppure
- di avere riportato condanne penali per le seguenti fattispecie di reato

(specificare quali)
e/o di avere i seguenti procedimenti penali in corso

(specificare quali)
- 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 in corso di validità
- Dichiarazione di possesso di eventuali titoli utili ai fini dell'assegnazione del punteggio
(allegato B)

Firma

(non soggetta ad autenticazione, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, se unita a fotocopia del documento di identità)

Il/La sottoscritto/a _____
dichiara altresì, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003, di essere stato/a informato/a:

- che i dati personali forniti con la presente dichiarazione saranno trattati solo per le finalità connesse e strumentali allo svolgimento della procedura di concorso;
- di potersi avvalere dei diritti espressamente indicati nell'art. 7 del citato D.Lgs 196/2003;
- che Titolare del trattamento dei dati è la Regione Piemonte, Piazza Castello 165 – 10122 Torino;
- che Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Assistenza Farmaceutica e Assistenza Integrativa.

Firma

(non soggetta ad autenticazione, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, se unita a fotocopia del documento di identità)

Allegato B)

Note per la compilazione

Barrare e completare, in ogni sua parte, la voce che corrisponde all'esperienza acquisita. Compilare lo spazio relativo alla data indicando ogni volta: giorno/mese/anno. Se lo spazio fosse insufficiente, allegare dichiarazione integrativa, scritta in stampatello o a computer e sottoscritta.

Dichiarazione di possesso di eventuali titoli utili ai fini dell'assegnazione del punteggio previsto (D.P.C.M. 30/3/1994 n. 298)

Il/la sottoscritto/a _____ (Cognome, Nome)
nato/a a _____ () il ___/___/___ (gg/mm/aa)

ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia e, altresì, consapevole della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti

Titoli relativi all'esercizio professionale

attività di titolare e/o di direttore di farmacia aperta al pubblico svolta presso:

Farmacia urbana rurale del Comune italiano/Paese U.E.
di _____ dal ___/___/___/ al ___/___/___
(specificare quale)

Farmacia urbana rurale del Comune italiano/Paese U.E.
di _____ dal ___/___/___/ al ___/___/___
(specificare quale)

attività di collaboratore di farmacia aperta al pubblico svolta presso:

Farmacia urbana rurale del Comune italiano/Paese U.E.
di _____ dal ___/___/___/ al ___/___/___
(specificare quale)

Farmacia urbana rurale del Comune italiano/Paese U.E.
di _____ dal ___/___/___/ al ___/___/___
(specificare quale)

Farmacia urbana rurale del Comune italiano/Paese U.E.
di _____ dal ___/___/___/ al ___/___/___
(specificare quale)

Farmacia urbana rurale del Comune italiano/Paese U.E.
di _____ dal ___/___/___/ al ___/___/___
(specificare quale)

attività di professore ordinario di ruolo della Facoltà di Farmacia dell'Università
di _____ dal ___/___/___/ al ___/___/___

attività di farmacista dirigente (1) dei ruoli delle Unità Sanitarie Locali presso la

ASL di _____ dal ____/____/____/ al ____/____/____

attività di direttore di farmacia ospedaliera (2) (italiana o di un Paese dell'U.E.) o di farmacia militare presso _____

dal ____/____/____/ al ____/____/____

attività di direttore tecnico presso lo stabilimento farmaceutico di _____

dal ____/____/____/ al ____/____/____

attività di direttore di aziende farmaceutiche municipalizzate

_____ (specificare nome e sede)
dal ____/____/____/ al ____/____/____

attività di informatore scientifico o di collaboratore presso industria farmaceutica

_____ (precisare titolo posizione) _____ (denominazione e sede)
dal ____/____/____/ al ____/____/____

_____ (precisare titolo posizione) _____ (denominazione e sede)
dal ____/____/____/ al ____/____/____

_____ (precisare titolo posizione) _____ (denominazione e sede)
dal ____/____/____/ al ____/____/____

attività di coadiutore o collaboratore (3) dei ruoli delle Unità Sanitarie Locali

_____ (precisare titolo posizione) _____ (specificare USL e sede)
dal ____/____/____/ al ____/____/____

_____ (precisare titolo posizione) _____ (specificare USL e sede)
dal ____/____/____/ al ____/____/____

_____ (precisare titolo posizione) _____ (specificare USL e sede)
dal ____/____/____/ al ____/____/____

(1) Oggi Dirigente di II livello

(2) Oggi Dirigente di II livello

(3) Oggi Dirigente di I livello

- attività di farmacista militare presso il distretto militare di _____
dal ____/____/____/ al ____/____/____
- attività di direttore di deposito o di magazzino all'ingrosso di medicinali
_____ dal ____/____/____/ al ____/____/____
(specificare denominazione e sede)
- attività di direttore tecnico di officine di produzione di cosmetici
_____ dal ____/____/____/ al ____/____/____
(specificare denominazione e sede)
- attività di professore universitario associato della Facoltà di Farmacia
dell'Università di _____
dal ____/____/____/ al ____/____/____
- attività di farmacista dipendente
- del Ministero della Salute dal ____/____/____/ al ____/____/____
- dell'Istituto Superiore di Sanità dal ____/____/____/ al ____/____/____
- della Regione _____ dal ____/____/____/ al ____/____/____
- della Provincia Autonoma di _____
dal ____/____/____/ al ____/____/____

DICHIARA

Inoltre, per quanto riguarda i

Titoli di studio e di carriera

- di essere in possesso di seconda laurea in una delle seguenti discipline:
medicina, scienze biologiche, veterinaria e chimica

(specificare quale)
conseguita presso l'Università degli Studi di _____
nell'anno _____ con la votazione di _____ su _____
- di essere in possesso di seconda laurea in chimica e tecnologia farmaceutiche
o in farmacia

(specificare quale)
conseguita presso l'Università degli Studi di _____
nell'anno _____ con la votazione di _____ su _____
- di avere conseguito le seguenti specializzazioni universitarie o borse di studio
o di ricerca relative alla Facoltà di Farmacia (erogate ai sensi o dell'art. 80 del
D.P.R. 11/7/1980 n. 382, o dell'art. 8 della L. 30/11/1989 n. 398 e successive
modificazioni)
(specificare quali, le sedi universitarie di conseguimento, i periodi di riferimento)

di avere conseguito l' idoneità in un precedente concorso indetto da _____ in data ____/____/____/
(specificare l' ente titolare del bando di assegnazione di sede farmaceutica)

di avere conseguito l' idoneità nazionale a farmacista dirigente
in data ____/____/____/

di avere conseguito i seguenti titoli di aggiornamento professionale successivi
al conseguimento dell'abilitazione
(precisare contenuto, ente organizzatore e durata)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Allega le pubblicazioni scientifiche qui di seguito elencate, inerenti le materie di
esame

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Allega la seguente documentazione (in originale o copia conforme) comprovante
il possesso dei titoli relativi all' esercizio professionale, di studio e di carriera
precedentemente elencati

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Dichiara infine che tutta la documentazione presentata in copia è conforme
all'originale.

Firma

(non soggetta ad autenticazione, ai sensi dell'art. 38
del D.P.R. 445/2000, se unita a fotocopia del
documento di identità)