Cognome _____ Nome _____

Allegato 2) **alla Determinazione del Dirigente del IV Settore – II Dipartimento n. 57 del 31/03/2009 della Provincia di Ancona**

Schema di DOMANDA

NOTE PER LA COMPILAZIONE: *compilare la domanda, in* ***carta semplice****, in ogni sua parte* ***in stampatello o a macchina*** *negli appositi spazi, barrare le caselle di interesse,* ***sottoscrivere****,* ***allegare*** *copia fotostatica di un documento di identità, originale di quietanza o ricevuta del bonifico bancaria spese istruttoria e Allegati*

Spett.le
PROVINCIA DI ANCONA
Dipartimento II – Settore IV – Area del Sociale –
U.O. Servizi Socio Assistenziali – Ufficio Farmacie
Via Ruggeri, 3 –
60131 Ancona

Raccomandata a.r.

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

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

residente nel Comune di _____ (____)

in Via _____ n. _____

Cap _____ tel. _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo a cui inviare le eventuali comunicazioni relative al presente concorso, il cui eventuale cambiamento verrà tempestivamente segnalato con Raccomandata AR:

da compilare SOLO se diverso dalla residenza:

Comune di _____ (____)

Via _____ n. _____

Cap _____ tel. _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al Concorso pubblico, per titoli ed esame, per il conferimento di n. 1 sede farmaceutica disponibile per il privato esercizio nella provincia di Ancona- Comune di Castelfidardo, Determinazione del Dirigente del IV Settore – II Dipartimento n.57 del 31/03/2009.
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 I SEGUENTI REQUISITI

- ☐ di essere cittadino/a italiano o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea (specificare quale _____) e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
- ☐ di godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza o di provenienza;
- ☐ di avere una età compresa tra gli anni 18 e i 60 non compiuti;

di essere in possesso del diploma di Laurea in:

- ☐ Farmacia
- ☐ Chimica e Tecnologia Farmaceutica
  conseguita presso l'Università di Studi di _____
  in data _____ con la votazione di _____ su _____ *(dato utile ai fini della valutazione dei titoli);*
- ☐ di essere iscritto/a all'Albo Professionale dei farmacisti della provincia di _____ dal _____ n. _____;
- ☐ di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di Farmacista presso l'Università di _____ in data _____ con la votazione di _____ su _____ *(dato utile ai fini della valutazione dei titoli);*
- ☐ di non avere trasferito la titolarità di farmacia negli ultimi dieci anni;

DICHIARA INOLTRE

di essere titolare di farmacia SI ☐ NO ☐

oppure

di essere socio di società titolare di farmacia SI ☐ NO ☐

- ☐ di essere in posizione regolare nei confronti degli obblighi di leva;
- ☐ di essere in possesso dell'idoneità fisica all'esercizio personale della farmacia;
- ☐ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____;

oppure

- ☐ di non essere iscritto/a o di essere stato/a cancellato/a dalle liste elettorali per i seguenti motivi *(indicare quali* _____);
- ☐ 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)* _____;
- ☐ 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;
- ☐ di accettare tutte le indicazioni contenute nel bando e 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 Marche, tra il **1 settembre 2009 ed il 30 settembre 2009**, e contemporaneamente sul sito Internet della Provincia di Ancona al seguente indirizzo: **http://www.provincia.ancona.it alla voce Concorsi**

Cognome _____ Nome _____

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 _____;

ALLEGA

☐ Copia fotostatica del documento di identità _____ n. _____
(indicare il tipo)
rilasciato il _____ da _____e in corso di validità;

☐ Originale di quietanza o ricevuta di versamento del bonifico bancario presso la Banca Marche sede di Ancona – Via Marsala, 15/e - IBAN IT20E0605502600000000004015 intestato a: PROVINCIA DI ANCONA – SERVIZIO TESORERIA, indicando la seguente causale: **"Concorso pubblico per conferimento sede farmaceutica – Spese istruttoria"** del versamento di € 50,00 per spese di istruttoria;

☐ Dichiarazione Sostitutiva di possesso di TITOLI DI STUDIO E DI CARRIERA ai fini dell'assegnazione del punteggio previsto (DPCM 30/03/1994, n. 298) **Allegato 3)**

☐ Dichiarazione Sostitutiva di possesso di TITOLI RELATIVI ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE ai fini dell'assegnazione del punteggio previsto (DPCM 30/03/1994, n. 298) **Allegato 4**)

☐ DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CONFORMITÀ (Art. 47 D.P.R. 445/2000) **Allegato 5);**

☐ DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Art. 47 D.P.R. 445/2000) **Allegato 6)**

DICHIARA ALTRESI'

ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196 del 30.06.2003, 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 o per le altre finalità previste dalla normativa di settore;
- di potersi avvalere dei diritti espressamente indicati nell'art. 7 del citato D.Lgs. 196/2003;

- che Titolare del trattamento dei dati è la Provincia di Ancona, con sede in Corso Stamira n. 60 – 60125 Ancona;
- che Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del IV Settore – Dipartimento II - della Provincia di Ancona.

Luogo e data _____

Firma

_____

(**non soggetta ad autenticazione *ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 445/2000* ma <u>necessaria</u> pena la non ammissione al concorso**)