**Allegato B**

**alla Determinazione n. 92 del 05/04/2018 del Responsabile dell’Area Amministrativa ad Interim.**

**Schema di DOMANDA**

*Spett.le*

COMUNE DI MONTELEONE DI SPOLETO

C.SO VITTORIO EMANUELE II N. 18

06045 MONTELEONE DI SPOLETO (PG)

[comune.monteleonedispoleto@postacert.umbria.it](mailto:comune.monteleonedispoleto@postacert.umbria.it)

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo PEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all’Avviso pubblico, per soli titoli, per il conferimento della Gestione Provvisoria, a tempo determinato, della sede farmaceutica vacante del Comune di Monteleone di Spoleto.

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. *Dati anagrafici*
* di essere nato a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere residente in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  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;
  1. *Liste elettorali:*
* di essere iscritto alle liste elettorali e nel godimento dei diritti civili;
* di non essere iscritto alle liste elettorali per i seguenti motivi (indicare quali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ );

* 1. *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) ;

* 1. *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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
  1. *Iscrizione all’Albo professionale dei Farmacisti:*
* di essere iscritto all’Albo della provincia di

dal n. ;

* 1. *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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

* 1. *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.

# DICHIARA INOLTRE

* che tutte le dichiarazioni rese sono documentabili.
* di accettare tutte le indicazioni contenute nell’Avviso e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali finalizzato alla gestione della procedura selettiva e degli adempimenti conseguenti;

# SI ALLEGA

* Fotocopia del documento di riconoscimento

(indicare il tipo)

n.

rilasciato il e in corso di validità.

da

# SI CHIEDE

che ogni comunicazione relativa al presente concorso venga inviata al seguente indirizzo, il cui eventuale cambiamento verrà tempestivamente segnalato con Raccomandata AR o PEC:

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)