**Allegato C**

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

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

# Il/la sottoscritto/a

(cognome e nome)

# nato/a a ( ) il

(gg/mm/aa)

# con residenza anagrafica nel Comune di ( )

in Via

n.

Cap

con riferimento alla domanda di partecipazione all’Avviso pubblico, per soli titoli, per il conferimento della gestione provvisoria della sede farmaceutica vacante del Comune di Monteleone di Spoleto, 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. in caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero sotto la propria responsabilità

# DICHIARA

* di aver preso visione dell’Avviso pubblico;
* di essere in possesso dei seguenti titoli di studio e di carriera (in caso di spazio insufficiente procedere effettuando il numero necessario di copie delle pagine predisposte oppure allegare dichiarazione integrativa, dattiloscritta o in stampatello e sottoscritta):
* **altra Laurea** in conseguita

presso l’Università di

O laurea del vecchio ordinamento

il ;

O laurea specialistica o magistrale del nuovo ordinamento (quinquennale)

* **altra Laurea** in conseguita

presso l’Università di

O laurea del vecchio ordinamento

il ;

O laurea specialistica o magistrale del nuovo ordinamento (quinquennale)

* **Specializzazioni universitarie** o **borse di studio** o **di ricerca** relative alla facoltà di Farmacia o Chimica e Tecnologia Farmaceutiche, erogate ai sensi o dell'art. 80 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, o dell'art. 8 della legge 30 novembre 1989, n. 398:
  1. Materia Presso l’Università di Facoltà di Periodo
  2. Materia Presso l’Università di Facoltà di Periodo
  3. Materia Presso l’Università di Facoltà di Periodo
  4. Materia Presso l’Università di Facoltà di Periodo
* **Idoneità** (da valutarsi una sola volta) conseguita nel concorso per sedi farmaceutiche della provincia di estremi dell’atto di approvazione

della graduatoria n. del

;

con punti

* **Idoneità nazionale a farmacista dirigente** conseguita presso

il ;

## altri titoli di studio:

1. Titolo Durata Rilasciato da In data Note
2. Titolo Durata Rilasciato da In data Note

## Corsi di aggiornamento:

1. Titolo

Organizzato da Nei giorni/periodo

Per un totale di ore

Dichiaro di: O aver superato l’esame finaleECM

O non aver superato l’esame finale

O esame finale non previsto

Attestato di frequenza: O allegato O non allegato

1. Titolo

Organizzato da Nei giorni/periodo

Per un totale di ore

Dichiaro di: O aver superato l’esame finaleECM

O non aver superato l’esame finale

O esame finale non previsto

Attestato di frequenza: O allegato O non allegato

1. Titolo

Organizzato da Nei giorni/periodo

Per un totale di ore

Dichiaro di: O aver superato l’esame finaleECM

O non aver superato l’esame finale

O esame finale non previsto

Attestato di frequenza: O allegato O non allegato

1. Titolo

Organizzato da Nei giorni/periodo

Per un totale di ore

Dichiaro di: O aver superato l’esame finaleECM

O non aver superato l’esame finale

O esame finale non previsto

Attestato di frequenza: O allegato O non allegato

1. Titolo

Organizzato da Nei giorni/periodo

Per un totale di ore

Dichiaro di: O aver superato l’esame finaleECM

O non aver superato l’esame finale

O esame finale non previsto

Attestato di frequenza: O allegato O non allegato

***(In caso di spazio insufficiente per i corsi di aggiornamento procedere effettuando il numero necessario di copie della presente pagina e numerare i corsi progressivamente nello spazio ….)***

…. Titolo

Organizzato da Nei giorni/periodo

Per un totale di ore

Dichiaro di: O aver superato l’esame finaleECM

O non aver superato l’esame finale

O esame finale non previsto

Attestato di frequenza: O allegato O non allegato

…. Titolo

Organizzato da Nei giorni/periodo

Per un totale di ore

Dichiaro di: O aver superato l’esame finaleECM

O non aver superato l’esame finale

O esame finale non previsto

Attestato di frequenza: O allegato O non allegato

…. Titolo

Organizzato da Nei giorni/periodo

Per un totale di ore

Dichiaro di: O aver superato l’esame finaleECM

O non aver superato l’esame finale

O esame finale non previsto

Attestato di frequenza: O allegato O non allegato

…. Titolo

Organizzato da Nei giorni/periodo

Per un totale di ore

Dichiaro di: O aver superato l’esame finaleECM

O non aver superato l’esame finale

O esame finale non previsto

Attestato di frequenza: O allegato O non allegato

…. Titolo

Organizzato da Nei giorni/periodo

Per un totale di ore

Dichiaro di: O aver superato l’esame finaleECM

O non aver superato l’esame finale

O esame finale non previsto

Attestato di frequenza: O allegato O non allegato

## Pubblicazioni scientifiche:

1. Autore Titolo Editore Data di pubblicazione
2. Autore Titolo Editore Data di pubblicazione
3. Autore Titolo Editore Data di pubblicazione
4. Autore Titolo Editore Data di pubblicazione
5. Autore Titolo Editore Data di pubblicazione
6. Autore Titolo Editore Data di pubblicazione
7. Autore Titolo Editore Data di pubblicazione

1. Autore Titolo Editore Data di pubblicazione

* Tutte le pubblicazioni elencate sono allegate in originale o in copia conforme all’originale.
* Il presente allegato C è composto da n. pagine.

Luogo e data

## Firma

(autenticata ai sensi dell’art. 38 del DPR 445/2000

mediante produzione di copia fotostatica di documento di riconoscimento)