

MODELLO DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA SELETTIVA
(da compilare in carta semplice e da trasmettere a mezzo PEC)

REGIONE CAMPANIA
D.G. TUTELA DELLA SALUTE
U.O.D. POLITICA DEL FARMACO E DISPOSITIVI
PEC: concorsi.farmacie@pec.regione.campania.it

Oggetto: Seconda procedura selettiva per titoli per il DECENTRAMENTO di farmacia in esercizio sul territorio del Comune di Napoli nelle rimanenti nuove zone individuate nell'ambito del procedimento di Revisione della Pianta Organica delle Farmacie del Comune di Napoli stabilita con Deliberazione di G.R. n. 4012 del 30.8.2001, indicate nell'All. B del Bando.

Il sottoscritto _____ nat__ a _____

(prov. _____) il _____ C.F. _____

Cittadinanza _____ residente a _____

(prov. _____) Via _____ n. _____

C.A.P. _____ TEL _____ PEC _____

CHIEDE

di partecipare alla procedura selettiva in oggetto.

A tal fine, consapevole della decadenza dai benefici e della responsabilità penale, previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modificazioni, nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti o uso di atti falsi,

DICHIARA

- ✓ di essere titolare di farmacia nel Comune di Napoli;
- ✓ che la farmacia è sita alla Via _____ n. _____
- ✓ che la farmacia afferisce alla sede farmaceutica n. _____;
- ✓ che tale sede è promiscua o non promiscua (specificare _____);
- ✓ che la distanza dalla più vicina farmacia è inferiore o superiore a metri 200 (duecento) (specificare _____);
- ✓ che ha svolto attività di titolare per complessivi _____ / _____ / _____;
giorni mesi anni

Inoltre

ALLEGA

la documentazione relativa a:

- ✓ localizzazione della farmacia ad una distanza inferiore a metri 200 (duecento) dalla farmacia più vicina;
- ✓ sentenza esecutiva di sfratto (per chi ne è in possesso);
- ✓ fatturato lordo SSN per gli anni 2015-2016-2017;
- ✓ attività di titolare.

Il sottoscritto, infine, dichiara di aver preso visione di tutte le indicazioni contenute nel bando di selezione e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali finalizzato alla gestione della procedura selettiva e degli adempimenti conseguenti.

Chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente concorso venga inviata al seguente indirizzo pec _____, il cui eventuale cambiamento verrà tempestivamente segnalato.

Indica, di seguito, ai sensi e per gli effetti del 1° comma dell'art. 2 della legge 28.10.1999 n. 389, l'ordine di preferenza delle sedi farmaceutiche prescelte ai fini dell'eventuale assegnazione:

ordine preferenze	N°Sede farmaceutica
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

Data _____

FIRMA (*)

(*)Ai sensi dell'art. 38 del DPR 28.12.2000, n. 445, la sottoscrizione di istanze e dichiarazioni non è soggetta ad autenticazione se inviata unitamente alla copia fotostatica di un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI
ATTO DI NOTORIETA'**
(D.P.R. 28.12.2000, n. 445, artt. 19 e 47)

Il sottoscritto _____

nato a _____ (Prov. _____) il _____

residente in _____ (Prov) : _____

Via _____, n: _____ CAP _____

CONSAPEVOLE

- ✓ delle sanzioni penali cui può andare può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci;
- ✓ del fatto che, in caso di presentazione di documenti falsi o non rispondenti alla realtà, decadrebbe immediatamente dall'eventuale beneficio acquisito,

DICHIARA

Che la copia dei sottoelencati documenti, allegati alla presente, è conforme all'originale:

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

Allega, altresì, fotocopia di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____

IL DICHIARANTE

*La firma sulle dichiarazioni sostitutive di atto notorio Non va mai autenticata:

*Nelle ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni penali previste dall'art 76 del DPR 28.12.2000n 445.

*Informativa ai sensi dell'art. 13 del dlgs n. 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.