

DECRETO DIRIGENZIALE N. 17 del 17 febbraio 2009

AREA GENERALE DI COORDINAMENTO ASSISTENZA SANITARIA SETTORE FARMACEUTICO - Approvazione del bando di concorso, per titoli ed esame, per la predisposizione di una graduatoria regionale di farmacisti idonei per l'assegnazione di sedi farmaceutiche di nuova istituzione o vacanti di titolare, dichiarate disponibili per il privato esercizio in Regione Campania - integrazione al d.d. nr. 13 del 6.2.2009.

alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Servizio Istituzione e Gestione delle Farmacie e dalla espressa dichiarazione di regolarità della stessa espressa dal dirigente del Servizio medesimo

VISTA

la delibera di Giunta Regionale nr. 3466 del 3.6.2000 ad oggetto: "Attribuzione di funzioni ai dirigenti della Giunta Regionale";

VISTO

in particolare il punto h della succitata deliberazione che prevede la facoltà per i Coordinatori delle Aree Generali di Coordinamento, di delegare ai Dirigenti di Settore tutta o parte dell'attività ad essi attribuita;

VISTA

altresì la circolare nr. 5 del 12.6.2000 dell'Assessore alle Risorse Umane della Regione Campania;

VISTO

il decreto del Coordinatore dell'A.G.C. Assistenza Sanitaria nr. 94/SAN/SAS dell'8.7.2005, concernente la delega di compiti al Dirigente del Settore Farmaceutico;

VISTA

la D.G.R. nr. 1222 del 1.8.2006 conferimento incarico di responsabile del Settore Farmaceutico;

PREMESSO

che con D.D. nr. 13 del 6.2.2009 si è proceduto alla approvazione del bando di concorso per l'assegnazione, al privato esercizio, di sedi farmaceutiche vacanti o di nuova istituzione;

CONSIDERATO

che per mero errore di battitura, dovuto alla complessa elaborazione dei dati, nell'allegato D (TITOLI DI SERVIZIO), a pagina 20, non è stata riportata la dicitura riguardante il servizio prestato in qualità di "Titolare di farmacia";

RITENUTO

di dover procedere alla eliminazione dell'errore materiale riscontrato ed alla necessaria correzione, di cui trattasi, ricorrendo all'istituto della regolarizzazione, che consiste nell'eliminazione di imperfezioni formali o errori materiali;

RITENUTO

di dover, quindi, prevedere che, per effetto di detto intervento correttivo, a pagina 20 dell'allegato D (TITOLI DI SERVIZIO) va integrata la dicitura "Titolare di farmacia" prima del titolo di "Direttore di farmacia";

RITENUTO

di dover conseguentemente utilizzare, per la partecipazione al concorso di cui trattasi, con la modifica effettuata, il nuovo allegato, che costituisce parte integrale e sostanziale del presente provvedimento, confermando tutto quanto altro previsto dal decreto sopra richiamato;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa, che qui si intendono integralmente riportate e trascritte, di:

- prevedere che per effetto dell'intervento correttivo apportato a pagina 20 dell'allegato D (TITOLI DI SERVIZIO), del D.D. nr. 13 del 6.2.2009, va integrata la dicitura "Titolare di farmacia" prima del titolo di "Direttore di farmacia";
- utilizzare, per la partecipazione al concorso di cui trattasi, con la modifica effettuata, il nuovo allegato, che costituisce parte integrale e sostanziale del presente provvedimento, confermando tutto quanto altro previsto dal suddetto D.D. nr. 13 del 6.2.2009;
- pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania e sul sito internet www.regione.campania.it e, per estratto, nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana;

Dr.ssa Margherita DE FLORIO

ALLEGATO "A"

BANDO DI CONCORSO, PER TITOLI ED ESAME, PER LA PREDISPOSIZIONE DI UNA GRADUATORIA REGIONALE DI FARMACISTI IDONEI PER L'ASSEGNAZIONE DI SEDI FARMACEUTICHE DI NUOVA ISTITUZIONE O VACANTI DI TITOLARE, DICHIARATE DISPONIBILI PER IL PRIVATO ESERCIZIO IN REGIONE CAMPANIA¹⁼

Indice:

1. Chi può partecipare al concorso.
2. Come presentare la domanda.
3. Documentazione comprovante i titoli posseduti (allegati "C" e "D").
4. Conformità della documentazione prodotta.
5. Commissione esaminatrice.
6. Prova d'esame.
7. Valutazione dei titoli e calcolo del punteggio.
8. Approvazione della graduatoria.
9. Validità della graduatoria.
10. Assegnazione delle sedi.
11. Normativa di riferimento.
12. Pubblicità del bando.
13. Trattamento dei dati personali.

1. CHI PUÒ PARTECIPARE AL CONCORSO

Al presente concorso possono partecipare tutti coloro che, alla data di scadenza del termine ultimo di presentazione delle domande, siano in possesso dei seguenti requisiti generali di legge:

- a) Cittadinanza italiana o di altro Stato membro dell'Unione Europea;
- b) Età non inferiore agli anni 18 ed inferiore agli anni 60;
- c) Possesso dei diritti civili e politici;
- d) Laurea in Farmacia o in Chimica e Tecnologia farmaceutica;
- e) Abilitazione all'esercizio della professione;
- f) Iscrizione all'Albo professionale dei farmacisti.

Sono esclusi dalla partecipazione coloro che negli ultimi 10 anni hanno ceduto la propria farmacia².

L'ammissione dei candidati alla prova attitudinale sarà effettuata sulla base dei dati dichiarati nella domanda di partecipazione.

Nella compilazione del relativo allegato "B" è obbligatorio barrare le caselle corrispondenti alle dichiarazioni da rendere.

Il candidato che, risultando vincitore di una sede farmaceutica, ne accetti l'assegnazione, dovrà iscriversi all'Albo professionale della relativa provincia.

2. COME PRESENTARE LA DOMANDA

La domanda di partecipazione al concorso dovrà essere:

1. redatta in carta semplice (utilizzando il modello di cui all'allegato "B");
2. firmata dal candidato, pena l'esclusione (l'autenticazione della firma non è necessaria se si allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità³);

¹ Ai sensi dell'art. 48, comma 29, L. nr. 326/2003

² Ai sensi dell'art. 12, L. nr. 475/1968

³ Art. 38 D.P.R. nr. 445 del 28.12.2000 e successive modificazioni.

3. completa della seguente documentazione:
 - la ricevuta di versamento del contributo per spese di segreteria di € 40.00 (non rimborsabili) da versare sul c/c postale nr. **21965181** - Codice Tariffa **2036** - intestato a: **Regione Campania - Servizio Tesoreria**, con la seguente causale: **concorso pubblico regionale per sedi farmaceutiche**;
 - elenco degli allegati e dei documenti prodotti (allegato "F"). Ove non siano presentati documenti o allegati, l'allegato "F" dovrà essere comunque presentato, barrando l'apposita casella "nessun allegato presentato".
4. spedita, esclusivamente, a mezzo raccomandata A.R. a "**Regione Campania - Area Generale di Coordinamento Assistenza Sanitaria Settore Farmaceutico - Centro Direzionale Isola C/3 - 80143 Napoli**" entro e non oltre il 30° giorno successivo a quello della data di pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania (B.U.R.C.);
5. la busta dovrà riportare la seguente dicitura: "**Bando di concorso per il conferimento di sedi farmaceutiche nella Regione Campania**"

Saranno considerate irricevibili e **comporteranno l'esclusione dal concorso**, le domande:

- spedite dopo la scadenza dei termini indicati (farà fede la data del timbro postale);
- mancanti della firma del concorrente;
- mancanti di una delle dichiarazioni da rendere nel modello di domanda (allegato "B").

L'Amministrazione non è responsabile in caso di smarrimento, mancato recapito, disguidi o altro dovuto a terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

I candidati portatori di handicap⁴ devono fare esplicita richiesta nella domanda di partecipazione al concorso dell'ausilio eventualmente necessario in relazione al proprio handicap, nonché dell'eventuale necessità di tempi aggiuntivi per l'espletamento della prova. Tali richieste dovranno essere comprovate da idonea documentazione (da allegare alla domanda).

3. DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE I TITOLI POSSEDUTI (ALLEGATI "C" e "D")

I titoli di carriera e di servizio devono essere indicati in conformità agli allegati "C" e "D".

Gli allegati devono essere compilati in maniera chiara e non recare, in alcun modo, cancellature.

I candidati potranno allegare alla domanda di partecipazione al concorso tutti i documenti, certificati di servizio, pubblicazioni e titoli di studio che riterranno utile produrre ai fini dell'assegnazione del punteggio previsto per i titoli di studio e di carriera nonché per i titoli relativi all'esercizio professionale⁵.

Eventuali documenti di attestazione dei titoli e di carriera non verranno considerati, se non indicati anche negli allegati "C" e "D".

In caso di dichiarazioni non veritiere i benefici eventualmente ottenuti sulla base di tali dichiarazioni decadono⁶.

In particolare:

- i servizi prestati in qualità di **Direttore di farmacia** e di **Collaboratore di farmacia** devono risultare da certificati rilasciati, dalle Aziende Sanitarie Locali e/o dai Sindaci competenti e/o dagli Ordini Provinciali dei Farmacisti e/o dalle Regioni o Province autonome;

⁴Ai sensi dell'art. 20, L. nr. 104/1992

⁵Ai sensi degli artt. 5 e 6 del D.P.C.M. 30 marzo 1994, nr. 298

⁶ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 28.12.2000, nr. 445, salva l'applicazione delle sanzioni previste dal codice penale

- per i **farmacisti dipendenti delle Aziende Sanitarie Locali e/o Aziende Ospedaliere** nei certificati prodotti dovrà essere precisata la relativa posizione funzionale. In particolare dovrà essere specificato se l'attività è stata espletata dopo la riforma dirigenziale e pertanto come farmacista dirigente di II livello o come farmacista dirigente di I livello. Se l'attività è stata espletata prima della riforma dirigenziale dovrà essere specificato se la stessa è stata svolta come farmacista dirigente o come direttore di farmacia ospedaliera o come farmacista coadiutore o collaboratore;
- i **farmacisti dipendenti di Aziende farmaceutiche municipalizzate o dei Consorzi di Comuni** dovranno far specificare, nei relativi certificati, se è stato prestato servizio presso farmacie comunali aperte al pubblico con indicazione della posizione funzionale;
- l'**attività svolta presso industrie farmaceutiche o presso depositi all'ingrosso di medicinali o presso officine di produzione di cosmetici** dovrà essere attestata dal rappresentante legale e dovrà specificare la relativa qualifica cioè se l'attività è stata prestata come direttore tecnico di stabilimento farmaceutico; come informatore scientifico o collaboratore ad altro titolo di industria farmaceutica, come direttore di deposito o magazzino all'ingrosso di medicinali oppure come direttore tecnico di officine di produzione di cosmetici;
- l'attività svolta come **farmacista dipendente del Ministero della Sanità, dell'Istituto Superiore della Sanità, delle Regioni, delle Province Autonome, delle Aziende Farmaceutiche Municipalizzate e della Sanità militare** dovrà essere attestata dai competenti organi con l'indicazione della posizione funzionale;
- per l'**attività svolta presso la Facoltà di Farmacia** dovrà essere specificato se è stata prestata come professore ordinario di ruolo oppure come professore universitario associato e la stessa dovrà essere attestata dagli organi competenti;

Per ogni tipologia di attività professionale il candidato dovrà specificare se essa è stata svolta a tempo pieno o parziale.

- I titoli relativi ad **aggiornamenti professionali** curati dagli Ordini Provinciali dei Farmacisti dovranno risultare da certificati rilasciati dagli stessi Ordini.
- *La documentazione relativa ai corsi di aggiornamento deve specificare che essi non rientrano in quelli obbligatori previsti per il conseguimento dei crediti ECM annuali.*
- I titoli **relativi all'esercizio professionale** ed i titoli di **studio e di carriera conseguiti all'estero** dovranno essere rilasciati dagli organi della Pubblica Amministrazione o dagli Ordini Professionali dei Farmacisti del relativo Stato .
- Per le **pubblicazioni** e gli altri **lavori scientifici** non sono ammessi lavori dattiloscritti, manoscritti o in bozze di stampa.
- I titoli e/o documenti redatti in lingua straniera dovranno essere accompagnati da traduzione in lingua italiana, certificata conforme al testo straniero e redatta dalla competente rappresentanza diplomatica e/o consolare ovvero da un traduttore ufficiale.

I farmacisti che ritengono di avvalersi dell'agevolazione prevista dall'art. 9 della L. 8.3.1968, nr. 221, in quanto norma non espressamente abrogata dalla L. 8.11.1991, nr. 362, dovranno specificare che la farmacia presso la quale hanno esercitato come titolari, direttori o collaboratori, è farmacia rurale ai sensi della L. 8.3.1968, nr. 221, barrando l'apposita casella nell'allegato "D".

Documenti o titoli di merito presentati dopo il termine di scadenza della domanda di partecipazione al concorso non saranno presi in considerazione.

4. CONFORMITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE PRODOTTA

Non sarà ritenuta valida fotocopia della documentazione prodotta senza dichiarazione di conformità all'originale.

L'Amministrazione effettuerà idonei controlli, anche a campione, delle dichiarazioni rese dai candidati utilmente collocati in graduatoria, ai sensi di quanto previsto dall'art. 71 del D.P.R. nr. 445 del 28.12.2000.

Qualora, in fase di accertamento, la documentazione, comprovante la veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati nella domanda di partecipazione al concorso, non venga fornita all'Amministrazione regionale da parte dei soggetti titolari delle informazioni, la stessa dovrà essere prodotta direttamente dall'interessato.

Nel caso in cui, i candidati non siano in grado di comprovare il possesso dei titoli dichiarati o la documentazione presentata all'atto della domanda sia difforme dalle dichiarazioni rese nella stessa, la valutazione dei titoli sarà opportunamente rettificata.

Qualora gli stessi non siano in grado di comprovare, nel termine che verrà assegnato dall'Amministrazione, il possesso dei requisiti di ammissione, l'Amministrazione provvederà ad escluderli dal concorso.

Ai fini dell'assegnazione della sede farmaceutica, qualora siano scaduti i termini di validità delle dichiarazioni rese nella domanda di concorso, ai sensi dell'art. 41 del D.P.R. nr. 445/2000, i candidati utilmente collocati nella graduatoria dovranno riconfermarle mediante la sottoscrizione di un apposito modulo che sarà comunicato al candidato unitamente all'atto di assegnazione della sede farmaceutica.

Il candidato può attestare la conformità all'originale della copia della pubblicazione o della copia dei titoli di studio o di servizio mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà⁷ (utilizzando il modello di cui all'allegato "E"), oppure apporre la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà in fondo alla copia del documento.

5. COMMISSIONE ESAMINATRICE

La Commissione esaminatrice sarà costituita in conformità alle disposizioni di cui all'art. 3 del D.P.C.M. 30.3.1994 nr. 298, con successivo atto.

La designazione dei due farmacisti, uno titolare di farmacia l'altro esercente in farmacia aperta al pubblico, dovrà avvenire, congiuntamente, dagli Ordini provinciali:

in caso di mancata congiunta designazione entro 15 (Quindici) giorni dalla richiesta, tale designazione verrà richiesta alla F.O.F.I.

6. PROVA D'ESAME

Il concorso di cui al presente bando si svolge per titoli ed esame.

La data e la sede della prova d'esame saranno comunicati tramite il sito internet www.regione.campania.it ed a mezzo pubblicazione sul B.U.R.C.

I candidati dovranno presentarsi muniti di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità.

Saranno esclusi dal concorso i candidati che non si presenteranno alla prova attitudinale nel luogo, alla data e all'orario stabiliti o privi di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità.

L'esame consiste in una unica prova attitudinale articolata in 100 domande riguardanti le seguenti materie:

- ✓ Farmacologia;
- ✓ Tecnologia farmaceutica, anche con riferimento alla chimica farmaceutica;
- ✓ Legislazione farmaceutica.

Le domande saranno estratte a sorte fra le tremila predisposte dalla Commissione Nazionale nominata dal Ministero della Salute e pubblicate, unitamente alle relative risposte, nel Supplemento Ordinario alla Gazzetta Ufficiale - 4^a serie speciale - nr. 24 del 27.3.1998 o eventuali revisioni ai sensi dell'art. 7 del D.P.C.M. 30.3.1994, nr. 298, come modificato dal D.P.C.M. 13.2.1998, nr. 34 e la risposta fornita dal candidato dovrà coincidere con quella pubblicata nel Supplemento Ordinario della Gazzetta Ufficiale - 4^a serie - nr. 24 del 27.3.1998.

Per lo svolgimento della prova e per il calcolo dei punteggi si applicano le disposizioni contenute del D.P.C.M. nr. 298/1994.

⁷ Ai sensi degli artt. 19 e 19 bis del D.P.R. nr. 445 del 28.12.2000

In base al D.P.C.M. 13.2.1998, nr. 34, la Commissione esaminatrice procede alla attribuzione del punteggio per titoli ai soli candidati che hanno superato la prova attitudinale, previa determinazione dei criteri per la valutazione dei titoli, prima dell'espletamento della prova suddetta.

7. VALUTAZIONE DEI TITOLI E CALCOLO DEL PUNTEGGIO

Il punteggio totale che può attribuire la Commissione è di 100 punti, così suddivisi: **50 punti** per la prova attitudinale, **35 punti** per i titoli di carriera e **15 punti** per i titoli di studio.

Ai fini della posizione in graduatoria, si somma il punteggio attribuito a ciascun concorrente per i titoli con il punteggio conseguito dal concorrente stesso nella prova attitudinale.

Non verranno considerati i corsi di aggiornamento obbligatori.

L'esercizio professionale sarà calcolato per un periodo di attività non superiore ai venti anni e complessivamente non inferiore ad un anno.

Ai fini della valutazione dell'esercizio professionale, sono assegnati i seguenti punteggi:

- a) per l'attività di titolare e direttore di farmacia aperta al pubblico: punti 0,5 per anno per i primi dieci anni; 0,2 per anno per i secondi dieci anni;
- b) per l'attività di collaboratore di farmacia aperta al pubblico: punti 0,45 per anno per i primi dieci anni; 0,18 per anno per i secondi dieci anni;
- c) per l'attività di professore ordinario di ruolo della facoltà di farmacia, per l'attività di farmacista dirigente dei ruoli delle unità sanitarie locali, per l'attività di direttore di farmacia ospedaliera o di farmacia militare, per l'attività di direttore tecnico di stabilimento farmaceutico: punti 0,40 per anno per i primi dieci anni; 0,15 per anno per i secondi dieci anni;
- d) per l'attività di direttore di aziende farmaceutiche municipalizzate, di informatore scientifico o di collaboratore ad altro titolo di industria farmaceutica, di coadiutore o collaboratore dei ruoli delle unità sanitarie locali, di farmacista militare, di direttore di deposito o magazzino all'ingrosso di medicinali, di direttore tecnico di officine di produzione di cosmetici, di professore universitario associato della facoltà di farmacia, di farmacista dipendente del Ministero della sanità e dell'Istituto superiore di sanità, delle regioni e delle province autonome: punti 0,35 per anno per i primi dieci anni; 0,10 per i secondi dieci anni.

L'attività professionale dei candidati appartenenti alla U.E. sarà valutata a norma di quanto stabilito dall'art. 5, V comma, D.P.C.M. 30.3.1994, nr. 298 e precisamente:

- a) l'attività di titolare o di direttore di farmacia aperta al pubblico svolta in un Paese della Comunità economica europea è equiparata a quella del titolare o del direttore di farmacia italiana;
- b) l'attività di ogni altro farmacista che lavori a tempo pieno in farmacia aperta al pubblico di Paese comunitario, è equiparata all'attività di collaboratore di farmacia italiano;
- c) l'attività di direttore di farmacia ospedaliera di un Paese comunitario è equiparata all'attività di direttore di farmacia ospedaliera italiana;
- d) l'attività espletata in farmacia ospedaliera a diverso titolo di un Paese comunitario è equiparata all'attività di farmacista coadiutore o collaboratore delle unità sanitarie locali.

Non saranno considerati i periodi di servizio prestati prima del conseguimento della laurea prevista per l'ammissione al concorso.

Devono essere tenuti distinti i singoli servizi per i quali compete un diverso punteggio.

L'individuazione di primo e secondo decennio, ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, sarà effettuata sulla base dell'ordine cronologico della attività svolta.

Verrà applicata l'agevolazione di cui all'art. 9 della legge nr. 221/1968 (Ai concorrenti che usufruiscono dell'agevolazione prevista dall'art. 9 della legge nr. 221 dell'8.3.1968 sarà attribuita una maggiorazione del 40%, fino ad un massimo di punti 6,50 per l'intera Commissione. La maggiorazione deve essere calcolata sul punteggio riportato dal candidato in relazione alla sola attività prestata in **farmacia rurale** ed in ogni caso non

potrà comportare il superamento del punteggio massimo complessivo (pari a 35 punti) da attribuirsi per l'attività professionale svolta).

L'attestazione della ruralità della farmacia in cui è stato prestato il servizio dovrà essere certificata esclusivamente dalla A.S.L. di competenza.

Per quanto concerne le attività svolte part-time le stesse devono essere valutate nella misura del 50% del punteggio previsto per i relativi profili professionali.

8. APPROVAZIONE DELLA GRADUATORIA

Espletata la prova attitudinale, la Commissione formerà la graduatoria provvisoria di merito dei candidati sommando il punteggio conseguito nella prova attitudinale da ciascun concorrente con il punteggio assegnato per i titoli.

E' escluso dalla graduatoria il candidato che non abbia conseguito almeno la sufficienza nella prova attitudinale, così come previsto dal D.P.C.M. 298/94.

Nella formazione della graduatoria dei concorrenti saranno osservate le disposizioni vigenti per quanto riguarda le preferenze a parità di merito, nonché quella di cui all'art. 3, comma 7 della legge 15 maggio 1997, nr. 127, integrato dall'art. 2, comma 9 della legge 16 giugno 1998, nr. 191, in base al quale sarà preferito il candidato più giovane.

La graduatoria provvisoria sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania (B.U.R.C.).

Coloro che ne hanno interesse potranno segnalare alla Commissione eventuali errori od omissioni in cui essa possa essere incorsa nella formazione della graduatoria provvisoria, nel termine perentorio di giorni 30 (trenta), decorrenti dalla suddetta pubblicazione. La Commissione, a sua volta, nei successivi 30 (trenta) giorni dalla scadenza del termine innanzi indicato, valuterà le segnalazioni, provvedendo, ove necessario, alla rettifica della graduatoria provvisoria stessa.

Espletati detti adempimenti, la Commissione esaminatrice rassegnerà gli atti relativi al concorso all'Amministrazione Regionale per i provvedimenti di competenza.

L'atto di approvazione della graduatoria definitiva e la graduatoria stessa con la contestuale dichiarazione delle sedi assegnabili saranno pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania (B.U.R.C.).

La pubblicazione avrà valore di notifica e dalla data della stessa decorreranno i tempi per eventuali impugnative.

9. VALIDITA' DELLA GRADUATORIA

La graduatoria rimane valida per 4 (quattro) anni, decorrenti dalla data della sua pubblicazione.

In caso di esaurimento della graduatoria prima del termine dei quattro anni, si provvederà mediante anticipazione del bando di concorso prima della scadenza del termine quadriennale di validità della graduatoria concorsuale.

10. ASSEGNAZIONE DELLE SEDI

Entro 60 gg. dalla pubblicazione della graduatoria definitiva, i concorrenti risultati idonei, in numero opportunamente proporzionato alle sedi da assegnare, saranno contemporaneamente interpellati, ai sensi dell'art. 2 della legge 28.10.1999 nr. 389 per l'indicazione, in ordine di preferenza, della/e sede/i farmaceutica/che, indicate nella nota di interpello.

L'indicazione della sede, come sopra effettuata dal concorrente, non potrà essere modificata (art. 9 del D.P.C.M. 30.3.1994, nr. 298).

Il candidato che non indica, entro il 5° giorno successivo a quello dell'interpello, alcuna delle farmacie, allo stato conferibili, è escluso dall'assegnazione, in prima applicazione, ma non viene escluso dalla graduatoria.

Successivamente alla fase di prima applicazione della graduatoria, nell'arco temporale di validità della stessa, con periodici procedimenti attivati d'ufficio, si provvederà, mediante procedura analoga a quella svolta per la prima fase, all'assegnazione, secondo la graduatoria, delle sedi, dichiarate disponibili, ai candidati idonei ai quali non sia stata assegnata alcuna delle sedi conferibili.

La Regione può fissare modalità di interpello collettivo, mediante pubbliche sedute.

Sarà definitivamente escluso dalla graduatoria senza diritto a partecipare a successivi interPELLI il candidato che:

- non accetti l'assegnazione di una sede prescelta;
- dopo aver accettato la sede assegnatagli vi abbia rinunciato;
- dopo l'accettazione della sede assegnatagli non abbia, entro il termine perentorio di 12 (dodici) mesi, effettivamente aperto al pubblico l'esercizio farmaceutico;
- dopo l'apertura della farmacia relativa alla sede assegnatagli abbia rinunciato alla stessa.

11. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Per tutto quanto non espressamente previsto nel presente bando relativamente alle norme per lo svolgimento del concorso, per l'assegnazione delle sedi e per l'autorizzazione all'apertura ed esercizio delle farmacie, valgono come riportate le disposizioni al riguardo contenute nel T.U.LL.SS. 27.7.1934, nr. 1265, nella L. 8.3.1968, nr. 221, nella L. 2.4.1968, nr. 475, nella L. 8.11.1991, nr. 362, nel D.P.C.M. 30.3.1994, nr. 298, nella L. 28.10.1999, nr. 389 e, per quanto applicabili, nei regolamenti di cui al R.D. 30.9.1938, nr. 1706 ed al D.P.R. 21.8.1971, nr. 1275.

12. PUBBLICITA' DEL PRESENTE BANDO

il presente bando sarà pubblicizzato nel seguente modo:

1. Pubblicazione sul sito internet www.regione.campania.it ;
2. Trasmissione, in copia, alla Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (F.O.F.I.), agli Ordini Provinciali dei Farmacisti della Regione Campania ed al Ministero della Salute;
3. pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania e, per estratto, entro i successivi 10 giorni, nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana;
4. trasmissione di copia agli Assessorati alla Sanità di tutte le Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano.

L'Amministrazione regionale si riserva la facoltà di prorogare i termini, modificare, sospendere, revocare in qualsiasi momento, il presente bando.

13. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 Testo Unico – Codice Privacy, si informano i candidati che i dati da essi forniti sono raccolti ad uso esclusivo della **REGIONE CAMPANIA**, in base alle norme di legge e di regolamento che disciplinano le procedure concorsuali.

Il conferimento dei dati è necessario per valutare i requisiti di partecipazione e il possesso di titoli e la loro mancata indicazione può precludere tale valutazione.

I dati forniti saranno trattati unicamente al fine dell'espletamento delle attività concorsuali.

Il trattamento sarà effettuato con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi.

Le informazioni potranno essere utilizzate da dipendenti dell'Ente regione che ricoprono la qualifica di Responsabili o di Incaricati del trattamento, per il compimento delle operazioni connesse alle finalità del trattamento.

La **REGIONE CAMPANIA** potrebbe trasferire i dati a società terze impegnate nello svolgimento di funzioni correlate alle attività concorsuali, che rivestiranno il ruolo di Responsabili Esterni del trattamento.

Gli stessi dati potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici in caso si renda necessario per disposizioni di legge e/o per lo svolgimento di rilevanti finalità istituzionali.

La Regione Campania, Titolare del trattamento, informa che, per dare evidenza degli esiti della presente procedura concorsuale, la graduatoria finale sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania (BURC).

Ai candidati è riconosciuto il diritto di accedere ai propri dati personali; di conoscerne l'origine, la finalità, le modalità di trattamento nonché gli estremi identificativi del Titolare del trattamento e dei Responsabili; di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le proprie richieste alla **REGIONE CAMPANIA**, Titolare del trattamento, con sede in Napoli, Via Santa Lucia n. 81 - Napoli.

I candidati possono ritirare, prima dell'espletamento del concorso, la documentazione predetta purchè rilascino dichiarazione scritta di rinuncia al concorso e ad ogni eccezione in merito al procedimento e all'esito del concorso stesso.

FACSIMILE DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO
DA COMPILARE IN CARTA SEMPLICE

RACCOMANDATA A.R.

Alla Regione Campania
Area Generale Coordinamento
Assistenza Sanitaria
Settore Farmaceutico
Centro Direzionale Is. C 3
80143 NAPOLI

CONCORSO, PER TITOLI ED ESAME, PER LA DEFINIZIONE DELLA GRADUATORIA UNICA REGIONALE, DA UTILIZZARE PER IL CONFERIMENTO DI SEDI FARMACEUTICHE VACANTI E DI NUOVA ISTITUZIONE NEI COMUNI DELLA REGIONE, AI SENSI DELL'ART. 48, COMMA 29, DELLA LEGGE 24.11.2003, nr. 326.

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di essere ammesso a partecipare al concorso in oggetto, bandito con decreto dirigenziale nr. _____ del _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, nr. 445 e successive modificazioni, consapevole della responsabilità penale per le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 dello stesso D.P.R., dichiara:

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

Comune di nascita _____ Prov. _____ Comune di

residenza _____ Prov. _____ C.A.P. _____ Via _____

_____ nr. _____ Telefono _____

- Di essere in possesso della cittadinanza italiana
- Di essere in possesso della cittadinanza del seguente Stato facente parte della U. E. _____
_____, di godere dei diritti civili e politici dello Stato di appartenenza
- Di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (in caso di non iscrizione riportare i motivi)
- Di avere conseguito il diploma di Laurea in _____
in data _____ con la votazione di _____ presso l'Università degli Studi di _____

- Di aver conseguito l'abilitazione professionale in data _____ con la votazione di _____
presso l'Università degli Studi di _____
- Di essere iscritto all'Albo dei Farmacisti della Provincia di _____ dal _____ con il numero _____
- Di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso

COGNOME _____ NOME _____

- Di aver riportato condanne penali passate in giudicato per i seguenti reati _____

- Di avere i seguenti procedimenti penali in corso _____

- Di non aver mai trasferito la titolarità di farmacia ai sensi dell'art. 12, legge 2.4.1968, nr. 475
- Di aver trasferito la titolarità di farmacia da oltre 10 anni ai sensi dell'art. 12 e 18, legge 2.4.1968, nr. 475
- Di essere titolare di farmacia
- Di non essere titolare di farmacia
- Di essere socio di società titolare di farmacia
- Di non essere socio di società titolare di farmacia
- Di non essere dipendente di ruolo presso Pubbliche Amministrazioni
- Di ricoprire posto di ruolo presso _____ con la qualifica di _____
- Di richiedere per lo svolgimento delle prove concorsuali, in quanto portatore di handicap ai sensi della L. nr. 104/92, il seguente ausilio _____ e la necessità di un tempo aggiuntivo per l'espletamento della prova attitudinale
- Di accettare tutte le indicazioni contenute nel bando e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali finalizzato alla gestione della procedura concorsuale e degli adempimenti conseguenti
- Di allegare alla presente domanda i documenti richiesti dal bando di concorso all'art. 4, ovvero relative autocertificazioni, come da elenco (firmato e datato), che pure si allega
- Che le dichiarazioni rese nella presente domanda sono documentabili

Il sottoscritto chiede, altresì, che ogni comunicazione relativa al concorso venga inviata al seguente indirizzo, il cui eventuale cambiamento verrà tempestivamente segnalato con raccomandata A. R.:

Via _____ nr. _____ C.A.P. _____

Comune _____ Prov _____ Telefono _____

Data _____

FIRMA(*)

(*) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000, nr. 445, la sottoscrizione di istanze e dichiarazioni non è soggetta ad autenticazione se inviata unitamente alla fotocopia del documento di identità.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI POSSESSO DI TITOLI DI STUDIO E DI CARRIERA
AI FINI DELLA ASSEGNAZIONE DEL PUNTEGGIO PREVISTO(D.P.C.M. 30.3.1994, nr. 298)**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/ a _____
 _____ il _____ Comune di _____ (Prov. _____)
 Stato _____

consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, così come disposto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000, nr. 445

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 28.12.2000, nr. 445, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

- DI AVERE I SEGUENTI TITOLI DI STUDIO

- altra laurea in _____ conseguita presso
 l'Università degli Studi di _____ il _____
- altra laurea in _____ conseguita presso
 l'Università degli Studi di _____ il _____

- Specializzazioni universitarie o borsa 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

Materia _____

Presso l'Università di _____

Facoltà di _____

Periodo _____

Materia _____

Presso l'Università di _____

Facoltà di _____

Periodo _____

- Idoneità ottenuta nel concorso per sedi farmaceutiche di _____
 Il _____ con punti _____

- Idoneità nazionale a farmacista dirigente presso _____
 Il _____

Di avere partecipato a nr. _____ corsi di aggiornamento **NON** obbligatori

L'elenco e la descrizione dei corsi di aggiornamento è

- nel sub-allegato C/1
- nell'elenco della documentazione prodotta

Di avere conseguito nr. _____ altri titoli di studio.

COGNOME _____ NOME _____

L'elenco e la descrizione degli altri titoli di studio è

- nel sub-allegato C/2
- nell'elenco della documentazione prodotta

Di avere conseguito nr. _____ altri titoli di studio.

L'elenco delle pubblicazioni prodotte è nel sub-allegato C/3

Tutte le pubblicazioni, di cui allego copia, sono conformi all'originale.

Data _____

FIRMA(**)

(**) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000, nr. 445, la sottoscrizione di istanze e dichiarazioni non è soggetta ad autenticazione se inviata unitamente alla fotocopia del documento di identità.

CORSI DI AGGIORNAMENTO

Cognome _____ Nome _____

Titolo _____

Organizzato da _____

Nei giorni/periodo _____

Per un totale di nr. _____ Crediti Formativi

Dichiaro di Allegare l'attestato di frequenza

Esame finale

Dichiaro di Avere superato l'esame Non avere superato l'esame Esame finale non previsto

Titolo _____

Organizzato da _____

Nei giorni/periodo _____

Per un totale di nr. _____ Crediti Formativi

Dichiaro di allegare l'attestato di frequenza

Esame finale

Dichiaro di Avere superato l'esame Non avere superato l'esame Esame finale non previsto

Titolo _____

Organizzato da _____

Nei giorni/periodo _____

Per un totale di nr. _____ Crediti Formativi

Dichiaro di Allegare l'attestato di frequenza

Esame finale

COGNOME _____ NOME _____

Dichiaro di

- Avere superato l'esame
- Non avere superato l'esame
- Esame finale non previsto

Titolo _____

Organizzato da _____

Nei giorni/periodo _____

Per un totale di nr. _____ Crediti Formativi

Dichiaro di

- allegare l'attestato di frequenza

Esame finale

Dichiaro di

- Avere superato l'esame
- Non avere superato l'esame
- Esame finale non previsto

Titolo _____

Organizzato da _____

Nei giorni/periodo _____

Per un totale di nr. _____ Crediti Formativi

Dichiaro di

- Allegare l'attestato di frequenza

Esame finale

Dichiaro di

- Avere superato l'esame
- Non avere superato l'esame
- Esame finale non previsto

Titolo _____

Organizzato da _____

Nei giorni/periodo _____

Per un totale di nr. _____ Crediti Formativi

COGNOME _____ NOME _____

Dichiaro di

- Allegare l'attestato di frequenza

Esame finale

Dichiaro di

- Avere superato l'esame
 Non avere superato l'esame
 Esame finale non previsto

Titolo _____

Organizzato da _____

Nei giorni/periodo _____

Per un totale di nr. _____ Crediti Formativi

Dichiaro di

- allegare l'attestato di frequenza

Esame finale

Dichiaro di

- Avere superato l'esame
 Non avere superato l'esame
 Esame finale non previsto

Data _____

FIRMA(**)

(**) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000, nr. 445, la sottoscrizione di istanze e dichiarazioni non è soggetta ad autenticazione se inviata unitamente alla fotocopia del documento di identità.

ALTRI TITOLI DI STUDIO

Cognome _____ Nome _____

▪ Titolo di studio _____

Durata del corso _____

Rilasciato da _____

In data _____

Note _____

▪ Titolo di studio _____

Durata del corso _____

Rilasciato da _____

In data _____

Note _____

▪ Titolo di studio _____

Durata del corso _____

Rilasciato da _____

In data _____

Note _____

▪ Titolo di studio _____

Durata del corso _____

Rilasciato da _____

In data _____

Note _____

▪ Titolo di studio _____

Durata del corso _____

Rilasciato da _____

In data _____

Note _____

COGNOME _____ NOME _____

- Titolo di studio _____
Durata del corso _____
Rilasciato da _____
In data _____
Note _____

- Titolo di studio _____
Durata del corso _____
Rilasciato da _____
In data _____
Note _____

Data _____

FIRMA()**

(**) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000, nr. 445, la sottoscrizione di istanze e dichiarazioni non è soggetta ad autenticazione se inviata unitamente alla fotocopia del documento di identità.

ELENCO PUBBLICAZIONI PRODOTTE

Cognome _____ Nome _____

▪ Autore _____

Titolo _____

Editore _____

Data pubblicazione _____

▪ Autore _____

Titolo _____

Editore _____

Data pubblicazione _____

▪ Autore _____

Titolo _____

Editore _____

Data pubblicazione _____

▪ Autore _____

Titolo _____

Editore _____

Data pubblicazione _____

▪ Autore _____

Titolo _____

Editore _____

Data pubblicazione _____

▪ Autore _____

Titolo _____

Editore _____

Data pubblicazione _____

▪ Autore _____

Titolo _____

Editore _____

Data pubblicazione _____

▪ Autore _____

Titolo _____

Editore _____

Data pubblicazione _____

COGNOME _____ NOME _____

- Autore _____
Titolo _____
Editore _____
Data pubblicazione _____
- Autore _____
Titolo _____
Editore _____
Data pubblicazione _____
- Autore _____
Titolo _____
Editore _____
Data pubblicazione _____
- Autore _____
Titolo _____
Editore _____
Data pubblicazione _____

Data _____

FIRMA(**)

(**) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000, nr. 445, la sottoscrizione di istanze e dichiarazioni non è soggetta ad autenticazione se inviata unitamente alla fotocopia del documento di identità.

TITOLI DI SERVIZIO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/ a _____
 _____ il _____ Comune di _____ (Prov. _____)

Stato _____

consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, così come disposto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000, nr. 445

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 28.12.2000, nr. 445, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

Di avere svolto i periodi di servizio così come di seguito riportati, in qualità di

➤ **Titolare di farmacia**

- nel Comune di _____ Prov. di _____
 di tipo Urbano Rurale dal _____ al _____
- nel Comune di _____ Prov. di _____
 di tipo Urbano Rurale dal _____ al _____
- nel Comune di _____ Prov. di _____
 di tipo Urbano Rurale dal _____ al _____

➤ **Direttore di farmacia**

- Presso _____
 di tipo Urbano Rurale A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____
- Presso _____
 di tipo Urbano Rurale A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____
- Presso _____
 di tipo Urbano Rurale A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____
- Presso _____
 di tipo Urbano Rurale A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____
- Presso _____
 di tipo Urbano Rurale A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____
- Presso _____
 di tipo Urbano Rurale A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____
- Presso _____
 di tipo Urbano Rurale A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____
- Presso _____
 di tipo Urbano Rurale A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

COGNOME _____ NOME _____

➤ Collaboratore di farmacia

- Presso _____
di tipo Urbano Rurale A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____
- Presso _____
di tipo Urbano Rurale A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____
- Presso _____
di tipo Urbano Rurale A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____
- Presso _____
di tipo Urbano Rurale A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____
- Presso _____
di tipo Urbano Rurale A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____
- Presso _____
di tipo Urbano Rurale A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

➤ Farmacista dipendente della Azienda Sanitaria Locale _____ in qualità di

- farmacista dirigente A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____
- collaboratore A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

➤ Farmacista dipendente presso l'Azienda Ospedaliera _____ in qualità di

- direttore di farmacia A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____
- farmacista coadiutore A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____
- collaboratore A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

➤ Farmacista direttore di Aziende farmaceutiche municipalizzate o dei Consorzi di Comuni in qualità di _____ A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

➤ Farmacista presso industrie farmaceutiche o presso depositi all'ingrosso di medicinali o presso officine di produzione di cosmetici in qualità di

- direttore tecnico di stabilimento farmaceutico
 - presso _____
 A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____
 - presso _____
 A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____
 - presso _____
 A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

COGNOME _____ NOME _____

▪ presso _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

▪ presso _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

informatore scientifico

▪ presso _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

▪ presso _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

▪ presso _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

▪ presso _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

collaboratore

▪ presso _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

▪ presso _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

▪ presso _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

▪ presso _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

▪ presso _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

direttore di deposito o magazzino all'ingrosso di medicinali

▪ presso _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

▪ presso _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

▪ presso _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

COGNOME _____ NOME _____

▪ presso _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

▪ presso _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

▪ presso _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

direttore tecnico di officine di produzione di cosmetici

▪ presso _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

▪ presso _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

▪ presso _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

altro titolo di industria farmaceutica in qualità di _____

presso _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

➤ Farmacista presso

Ministero della Sanità in qualità di _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

Istituto Superiore della Sanità in qualità di _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

Regione _____ in qualità di _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

Province Autonome di _____ in qualità di _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

Aziende Farmaceutiche Municipalizzate

▪ di _____

in qualità di _____ A tempo pieno A tempo parziale
dal _____ al _____

▪ di _____

in qualità di _____ A tempo pieno A tempo parziale
dal _____ al _____

COGNOME _____ NOME _____

Sanità militare in qualità di _____

A tempo pieno A tempo parziale dal _____ al _____

➤ **Attività svolta presso la Facoltà di Farmacia**

▪ di _____ in
qualità di _____ A tempo pieno A tempo parziale
dal _____ al _____

▪ di _____ in
qualità di _____ A tempo pieno A tempo parziale
dal _____ al _____

Data _____

FIRMA(**)

(**) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000, nr. 445, la sottoscrizione di istanze e dichiarazioni non è soggetta ad autenticazione se inviata unitamente alla fotocopia del documento di identità.

**DICHIARAZIONE DA APPORRE SU OGNI ATTO PRODOTTO IN COPIA AL FINE DI RENDERE
LA STESSA CONFORME ALL'ORIGINALE**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/ a _____
_____ il _____ Comune di _____ (Prov. _____)

Stato _____

consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, così come disposto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000, nr. 445

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 28.12.2000, nr. 445, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

Che:

- La pubblicazione;
- Il titolo di studio;
- L'abilitazione;
- Altro

di cui si allega copia, è conforme all'originale.

Data _____

FIRMA(*)

(*) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000, nr. 445, la sottoscrizione di istanze e dichiarazioni non è soggetta ad autenticazione se inviata unitamente alla fotocopia del documento di identità.

