

UNIVERSITA' DEGLI STUDI MAGNA GRAECIA DI CATANZARO

Al Presidente della Commissione
Giudicatrice per gli esami di Stato di
abilitazione alla professione di
FARMACISTA

__l__ sottoscritt__ _____ nat__a _____ (prov. ____) il
_____, residente a _____ (prov. ____) in
via _____, domiciliat__ a _____ (prov. ____) in
via _____ (C.A.P. ____) Tel. _____ e-mail _____
C.F. _____ n. matricola _____ (solo per i laureati nella sede di Catanzaro)

CHIEDE

Di essere ammesso/a nella __ sessione dell'anno ____ a sostenere l'esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di **Farmacista**.

A tal fine, consapevole del fatto che in caso di dichiarazioni false o mendaci, ferme restando le sanzioni penali, previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 (Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), art. 15, L. n. 183 del 12 novembre 2011 (Legge di stabilità 2012), decade automaticamente dall'iscrizione all'esame, con annullamento di eventuali esiti ottenuti,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. n. 445/2000, art.15 della Legge n. 183 del 20/11/2011

di essersi **laureato/a in:** **Farmacia** **Chimica e Tecnologie Farmaceutiche**
presso l'Università degli Studi _____ in data _____
con voti _____;

altro titolo di studio conseguito all'estero, riconosciuto idoneo, da attestare con una dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445;

di essere **laureando/a in:** **Farmacia** **Chimica e Tecnologie Farmaceutiche**
presso l'Università degli Studi _____
e di avere presentato in data _____, presso la Segreteria Studenti, la domanda di partecipazione all'esame di laurea previsto per il giorno _____;

di non aver presentato domanda di ammissione all'esame di Stato di abilitazione in altra sede per la presente sessione;

di sostenere l'esame di Stato di abilitazione alla professione di farmacista per la prima volta;

di avere sostenuto con esito negativo l'esame di Stato nella __ sessione dell'anno _____
presso l'Università _____ di _____;

di essere risultato/a assente, nella ____ sessione dell'anno _____, presso l'Università _____ di _____.

(solo per i laureati in Chimica e Tecnologie Farmaceutiche)

di avere svolto il tirocinio *post laurea* presso: _____
dal _____ al _____

ALLEGATA

i seguenti documenti:

- 1 fotocopia documento d'identità;
- 2 ricevuta del versamento in originale di € **49,58 sul c/c postale n. 1016** intestato a *Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara* (cedola con la causale del versamento) - Causale : *Partecipazione esame di Stato di abilitazione alla professione di farmacista;*
- 3 ricevuta del versamento in originale di € **300,00 sul c/c postale n. 855882** intestato a *Università degli Studi Magna Græcia di Catanzaro* (cedola con la causale del versamento). Causale: *Partecipazione esame di Stato di abilitazione alla professione di farmacista;*

Data,

Firma _____

Il sottoscritto/a ai sensi dell'art.13 del D. Lgs. 196/2003 e, in particolare, riguardo ai diritti di cui all'art. 7 del medesimo decreto, dichiara di essere a conoscenza che i propri dati personali forniti con la presente domanda e con i relativi allegati saranno trattati per le sole finalità connesse e strumentali allo svolgimento dell'esame di Stato e all'eventuale gestione del rapporto con l'Università, nel rispetto del D. Lgs. 196/2003, e di prestare il proprio consenso al suddetto trattamento. Il sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente domanda possano essere trattati e diffusi nel rispetto del D. Lgs. 196/2003, per gli adempimenti connessi alla presente procedura anche relativamente all'eventuale pubblicazione degli elenchi dei candidati e valutazione finale della commissione.

Data,

Firma _____