

UNIVERSITA' DEGLI STUDI MAGNA GRAECIA DI CATANZARO

*Magnifico Rettore dell'Università degli
Studi Magna Graecia
Ufficio Protocollo
Viale Europa loc. Germaneto
Campus Universitario "Salvatore Venuta"
88100 Catanzaro*

__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)

C H I E D E

Di essere ammesso/a nella ___ **sessione dell'anno 2023** 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 (Legga di stabilità 2012), decade automaticamente dall'iscrizione all'esame, con annullamento di eventuali esiti ottenuti,

D I C H I A R A

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 il cui ordinamento didattico non abbia previsto il tirocinio professionale)

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

A L L E G A

i seguenti documenti:

fotocopia fronte retro del documento di identità del candidato, in corso di validità; ricevuta dell'avvenuto pagamento 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 Stato abilitazione professione Farmacista - anno 2023 _____ (specificare se “I” o “II”) sessione;

ricevuta dell'avvenuto pagamento di € 300,00 mediante bonifico a favore di questa Università sul codice IBAN IT78 C030 6904 4391 0000 0046 068 - Codice BIC SWIFT: BCITITMM- Intesa San Paolo S.p.A., con l'indicazione della causale “contributo per la partecipazione esame di Stato di abilitazione Farmacista anno 2023 _____ (specificare se “I” o “II”) sessione;

eventuale certificazione *ex lege* attestante la necessità di usufruire di particolari ausili o tempi più prolungati per lo svolgimento delle prove;

eventuale attestato di compimento del tirocinio professionale ovvero dichiarazione di completamento della pratica professionale entro la data dell'inizio di svolgimento degli esami (solo per i laureati in Chimica e tecnologie farmaceutiche che hanno svolto o stiano svolgendo il tirocinio *post-lauream*).

Data,

Firma _____

__l__ sottoscritt__ dichiara di essere a conoscenza, del fatto che il titolare del trattamento, l'Università degli Studi Magna Graecia di Catanzaro (P.I. 02157060795 - C.F. 97026980793), con sede in Viale Europa - 88100 CATANZARO (tel. 0961 3694001– PEC: protocollo@cert.unicz.it), tratta i propri dati in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali. Il responsabile della protezione dei dati (DPO) è contattabile all'indirizzo di posta elettronica dpo@unicz.it come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso la sede dell'Università, di cui il sottoscritto dichiara di aver preso visione sul sito istituzionale <https://web.unicz.it>.

Data,

Firma _____