

Prot. n. _____ del _____

DA REDIGERE IN STAMPATELLO

**Al Comitato Scientifico del
Master in Farmacia Territoriale
"Chiara Colombo"
c/o Segreteria Studenti di Farmacia
C.so Massimo d'Azeglio, 60
10126 Torino**

.....
(Cognome e Nome)

Via n.....

Località.....(prov.) CAP.....

Telefono.....Cellulare.....

e-mail:@.....

Ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 DICHIARA di essere:

nat_ a (prov.....) il.....

di cittadinanza

Laureat_ inpresso l'Università di.....

in data con punti.....

abilitat_ alla professione di farmacista in data..... presso l'Università di

CHIEDE:

di partecipare, per l'a.a. 2015/16, al concorso di ammissione al Master universitario di II livello in **Farmacia Territoriale "Chiara Colombo"**

Il sottoscritto allega alla presente domanda (barrare le voci allegate):

- 1) *Curriculum vitae* e professionale (compilare tabella allegata);
- 2) Eventuali pubblicazioni;
- 3) Eventuali altri titoli, che verranno valutati solo se verrà prodotta una fotocopia dell'attestato di conseguimento del titolo. Non vengono valutati i corsi ECM;
- 4) I candidati che intendono presentare domanda per l'assegnazione di una borsa di studio devono produrre, fra gli altri documenti, una attestazione I.S.E.E. in corso di validità (attestazione da richiedere ad un centro di assistenza fiscale); non verranno valutati valori I.S.E.E. superiori a 27.000,01 euro;
- 5) Dichiarazione attestante la conformità all'originale di ciascuna copia delle eventuali pubblicazioni e/o di altri titoli presentati;
- 6) Altro.....

Si ricorda che:

1. il colloquio motivazionale d'ingresso avrà luogo a prescindere dal numero dei candidati;
2. decorsi 60 giorni dalla data di pubblicazione della relativa graduatoria di merito, i candidati devono recuperare, nei successivi 30 giorni, i titoli e le pubblicazioni allegati. Trascorso il periodo sopra indicato, l'Amministrazione non sarà responsabile in alcun modo della conservazione dei suddetti titoli;

3. i dati così autocertificati, saranno sottoposti **ai controlli previsti dalla normativa vigente**. In caso di falsità, oltre alla decadenza dai benefici indebitamente ottenuti il candidato, poiché **penalmente responsabile**, sarà **denunciato alla competente autorità giudiziaria**.

RECAPITO ELETTO PER EVENTUALI COMUNICAZIONI:

Via n.....
Località.....(prov.) CAP.....
Telefono.....Cellulare.....
e-mail:@.....

.....
(luogo e data)

.....
(firma del candidato)

ALLEGATO DOMANDA MFT “Chiara Colombo” A.A. 2015-16

Ruolo	Dal (giorno/mese/anno)	Al (giorno/mese/anno)
Farmacia rurale		
Farmacia urbana		
Farmacia ospedaliera		