

## **ALLEGATO A**

Bando di concorso unico regionale per titoli ed esame per il conferimento di n. 25 sedi farmaceutiche disponibili per il privato esercizio nella Regione Toscana .

### **ART. 1** **Oggetto del concorso.**

E' indetto un pubblico concorso per titoli ed esame per conferimento delle seguenti sedi farmaceutiche disponibili per il privato esercizio nella Regione Toscana .

#### **PROVINCIA DI FIRENZE**

##### **1. COMUNE DI BAGNO A RIPOLI**

Sede n. 5

Farmacia in gestione provvisoria.

Limiti della sede: ad ovest e sud-ovest è delimitato dalla linea di confine con la zona n. 1 (intersezione di via del Palude con la strada Prov.le di Rosano a comprendere l'intero abitato di Rimaggio e del complesso immobiliare di Villa il Padule) a sud è delimitata dal confine con la zona n. 6 (che corre sempre in adiacenza al torrente Rimaggio in direzione del Convento dell'Incontro).

##### **2. COMUNE DI CAMPI BISENZIO**

Sede n. 10

Farmacia di nuova istituzione.

Limiti della sede: dal confine con il Comune di Prato (a 60 mt. prima dell'intersezione con Via Centola), prosegue fino a Via Colombina, prosegue in direzione Via Alfieri fino all'altezza di Via dell'Albero, incontra Via Barberinese, segue il Bisenzio fino all'incrocio con il torrente Marina, segue l'argine del Bisenzio fino a via Castronella, incrocia Via Foscolo con via T. Fiesoli, fino al confine con il Comune di Prato.

##### **3. COMUNE DI CALENZANO**

Sede n. 4

Farmacia vacante.

Limiti della sede: dalla sommità del poggio La Retaia (Monti della Calvana) lungo il confine comunale con il Comune di Prato fino al confine con il Comune di Vaiano - prosegue lungo il confine con il Comune di Vaiano - Barberino Mugello - Vaglia fino alla punta di Monte Morello - scende lungo il crinale che divide le frazioni di Sommaia e Baroncoli a sud da quelle di Legri e Leccio a nord fino al Poggio di Bucine - prosegue in linea retta fin all'incrocio tra via di Davanzello e l'Autosole - da qui sempre in linea retta fino al Poggio La Retaia.

##### **4. COMUNE DI FIRENZUOLA**

Sede n. 3

Dispensario esistente.

Limiti della sede: comprende le frazioni di Giugnola, Piancaldoli, Castelvecchio, Visignano.

5. COMUNE DI GREVE

Sede n. 4

Farmacia di nuova istituzione.

Limiti della sede: località principali di Pian di Meleto, Mugnana, La Panca/Cintola Alta, Poggio alla Croce, San Polo in Chianti, confinante con i comuni di Bagno a Ripoli, Incisa Val d'Arno e Figline a Nord -Est, con il territorio, già assegnato all'interno del territorio comunale, alla farmacia di Strada in Chianti a Ovest e alla farmacia di Greve a Sud.

6. COMUNE DI MARRADI

Sede n. 2

Farmacia vacante.

Limiti della sede: comprende la frazione di Lutirano e le parrocchie di Grisigliano e Galliana in frazione S. Adriano.

7. COMUNE DI MONTESPERTOLI

Sede n. 3

Farmacia vacante.

Limiti della sede: compreso tra i confini di Empoli e Montelupo e una linea che partendo dall'inizio di Via Botinaccio arriva al bivio con via Coeli Aula, continua e prosegue per tutta la via medesima, prosegue per un tratto di via Gricciano e via Corbinaia.

8. COMUNE DI SAN GODENZO

Sede n. 2

Dispensario esistente.

Limiti della sede: frazione di Castagno di Andrea.

9. COMUNE DI SESTO FIORENTINO

Sede n. 8

Dispensario esistente.

Limiti della sede: comprende i territori delle frazioni di Canonica, Cercina, Montorsoli e Castiglione.

10. COMUNE DI VINCI

Sede n. 4

Farmacia di nuova istituzione.

Limiti della sede: compreso dal prolungamento di via Amendola al fiume Arno, via Amendola, via Pietramarina fino all'incrocio con la strada vicinale del Calderaio, strada vicinale del Calderaio, via Collegonzi, via Calappiano fino all'incrocio con la strada vicinale di Conio, strada vicinale di Conio fino al confine con il Comune di Capraia e Limite e seguendo il confine comunale con Capraia e Limite e Carmignano fino alla prosecuzione del borro delle Quercete, borro delle quercete fino all'incrocio con la strada comunale di Faltognano in località Molin del Gatto, via di Faltognano fino all'incrocio con via Amerini e via della Libertà, via Amerini fino all'incrocio con la strada di via di S. Donato nei pressi della cappella del Calistri, via di S. Donato fino all'incrocio di Via Profonda, via Profonda, via Strognano, torrente Streda fino alla confluenza nell'Arno, fiume Arno fino all'inizio.

## PROVINCIA DI GROSSETO

### 11. COMUNE DI GROSSETO

Sede n. 19

Farmacia di nuova istituzione.

Limiti della sede: dall'intersezione del Canale Molla con la linea F.S. Grosseto Livorno proseguendo lungo il Canale Molla in direzione Sud Est costeggiando la strada consorziata Aiali – attraverso la S.S. Aurelia 1 e costeggiando quest'ultima in direzione Roma sino al raggiungimento dell'intersezione del prolungamento dell'asse di via Genova con la S.S. Aurelia stessa – dall'intersezione del prolungamento dell'asse stradale di via Genova costeggiando i limiti dell'attuale zona industriale con l'area agricola de "Il Poggione" sino a via Brozzi – attraverso via Senese e lungo questa in direzione Nord sino a P. Benelli – da P. Benelli in direzione ovest verso la lottizzazione " Il Borgo", fino a raggiungere il Fosso Salica – attraverso il fosso Salica seguendo il fosso Molla vecchia sino al raggiungimento della linea F.S. Grosseto -Livorno – linea F.S. Grosseto Livorno sino all'intersezione della stessa con il Canale Molla.

## PROVINCIA DI LUCCA

### 12. COMUNE DI ALTOPASCIO

Sede n. 4

Farmacia di nuova istituzione.

Limiti della sede : zona nord del territorio comunale. Per quanto concerne il lato nord, il lato ovest ed il lato est , i limiti della sede coincidono con i confini del territorio comunale, mentre il lato sud è individuato in parte da Via della Capanna e Via Ponte ai Pini, un breve tratto della Strada Prov.le mammianese Sud e si conclude con la Strada comunale dei Carrari.

### 13. COMUNE DI FABBRICHE DI VALLICO

Sede unica.

Dispensario esistente .

Limiti della sede: tutto il Territorio Comunale.

### 14. COMUNE DI MOLAZZANA

Sede unica.

Dispensario esistente .

Limiti della sede: tutto il Territorio Comunale.

### 15. COMUNE DI VERGEMOLI

Sede unica.

Farmacia Vacante.

Limiti della sede: Tutto il Territorio Comunale.

### 16. COMUNE DI VIAREGGIO

Sede n. 16.

Farmacia di nuova istituzione .

Limiti della sede: a nord Via dei Compari ni fino a via Fosso Le Quindici , via Fosso Le Quindici fino a linea ferroviaria Viareggio -Lucca; a sud Via della Guidicciona, a est confine territorio comunale con Comune di Massarosa ; a ovest Linea ferroviaria Genova -Pisa-Livorno.

## PROVINCIA DI MASSA -CARRARA

### 17. COMUNE DI MASSA

Sede n. 18.

Farmacia di nuova istituzione .

Limiti della sede: Via Romana sul confine con il Comune di Montignoso in Località San Cristoforo, fino al Viale Della Repubblica in località 5 Vie si percorre in direzione monti il V.le Della Repubblica fino all'incrocio con Via del Monco, via del Monco, Via Ettore Teani, viottolo che immette in Via Quercioli, Via Quercioli, Via Anacarsi Nardi fino all'incrocio con Via Romana, Via Romana fino all'incrocio con Via A. Sciesa. Si segue Via Sciesa, Via Maroncelli, Via N. Sauro, Via Fonda fino alla piscina comunale. Si segue la strada privata che costeggia il Fosso dei Muragni fino all'incrocio con Via Della Repubblica. Si prosegue per Via Dei Loghi. Via Dei Loghi fino a via del Fescione. Si segue detta via verso monti e la sua prosecuzione Via San Cristoforo fino a Via Romana.

## PROVINCIA DI PISA

### 18. COMUNE DI CASCINA

Sede n. 11.

Farmacia di nuova istituzione .

Limiti della sede: ad Est confine con i Comuni di Pontedera e di Lari , a Nord via Fosso Nuovo fino a via dei Merli ed al cavalcavia con la S.G.C. Fi -Pi-Li, ad Ovest S.G.C. Fi-Pi-Li, a Sud confine con il Comune di Crespina.

### 19. COMUNE DI MONTECATINI VAL DI CECINA

Sede n. 3.

Dispensario esistente .

Limiti della sede: territorio della frazione Sassa.

### 20. COMUNE DI ORCIANO PISANO

Sede unica.

Dispensario esistente .

Limiti della sede: intero territorio comunale.

### 21. COMUNE DI SAN MINIATO

Sede n. 6.

Farmacia in gestione provvisoria .

Limiti della sede: a Nord Rio Enzino, Rio Pilerno , Rio Enzi, torrente Egola, via Maremmana, via Pinete, frazione Stibbio fino al confine con il Comune di Montopoli Val d'Arno, a Ovest confine con il Comune di Montopoli Val d'Arno e con il

Comune di Palaia , a Sud e Sud - Est confine con il Comune di Mont aione e con il Comune di Castelfiorentino.

## 22. COMUNE DI VOLTERRA

Sede n. 4.

Dispensario esistente.

Limiti della sede: territorio delle frazioni di Villamagna, Uignano, Pignano e S.Cipriano.

## PROVINCIA DI PRATO

### 23. COMUNE DI PRATO

Sede n. 40.

Farmacia vacante .

Limite della sede: dal confine comunale con Agliana mezzeria di via Ponte dei Bini, mezzeria di via Argine della Bardena, mezzeria di via Castruccio, mezzeria di via Manzoni, mezzeria di via Argine del Fosso fino all'incrocio con via di Casale, lungo il Fosso di Iolo fino a via Lastruccia, mezzeria di via Lastruccia, mezzeria di via Bettazzi, mezzeria di via Visiana (breve tratto), mezzeria di via del Capannaccio, dove via del Capannaccio volta a destra, linea retta ideale perpendicolare ad incontrare via lungo il Ficarello, mezzeria di via lungo il Ficarello, mezzeria di via Visiana, mezzeria di via Traversa per Mazzone fino alla linea ferroviaria Firenze Pistoia, linea ferroviaria Firenze Pistoia fino al confine Comunale con Montemurlo, breve tratto del confine comunale con Montemurlo, confine comunale con Agliana fino a via Ponte dei Bini.

### 24. COMUNE DI PRATO

Sede n. 44.

Farmacia di nuova istituzione .

Limiti della sede: dal Ponte Petrino linea ferroviaria Prato Firenze fino a via di Gonfienti, mezzeria di via di Gonfienti fino all'incrocio con via Firenze, via per il Poggio Secco compresa breve tratto, dal punto ove la via per il Poggio Secco piega a sinistra linea retta ideale fino a Castiglioncello, mezzeria di via Salita del Poggio Secco, mezzeria di via del Cimitero a S. Cristina, mezzeria di via della Chiesa di S. Cristina, mezzeria di via degli Ori, mezzeria di via Giolica di sotto breve tratto, mezzeria di via della Rondine, mezzeria di via Borgovalsugana fino a Ponte Petrino.

### 25. COMUNE DI PRATO

Sede n. 45.

Farmacia di nuova istituzione .

Limiti della sede: Via Roma dal confine comunale di Poggio a Caiano fino a Madonna del Guanto, linea retta ideale passante fra Podere S. Carlo e Podere Paradiso fino alla Gora di Castelnuovo, Gora di Castelnuovo fino al c onfine comunale, confine comunale fino a via Roma.

Le delimitazioni delle sedi, così come descritte, risultano dall 'ultima revisione delle piante organiche delle farmacie sono quelle vigenti alla data del presente bando.

Tali delimitazioni pertanto potranno subire variazioni in occasione delle future revisioni delle piante organiche.

## ART. 2

### Requisiti per la partecipazione.

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

1. cittadinanza italiana o di altro Stato membro dell'Unione Europea;
2. età non inferiore agli anni 18 e non superiore ai 60;
3. possesso dei diritti civili e politici;
4. laurea in Farmacia o in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche e di iscrizione all'albo professionale dei farmacisti.

Ai sensi dell'art. 12 della L. 2.04.1968, n. 475, sono esclusi dalla partecipazione al presente concorso coloro che negli ultimi 10 anni hanno ceduto la propria farmacia.

## ART. 3

### Domanda di partecipazione al concorso.

La domanda di partecipazione al concorso dovrà essere redatta utilizzando, anche in copia fotostatica, esclusivamente gli appositi moduli allegati al presente bando : il Modello 1, dovrà essere in regola con le norme sul bollo, mentre i Modelli 2 e 3 dovranno essere in carta semplice. Il tutto dovrà essere spedito con raccomandata con ricevuta di ritorno entro il termine perentorio di 30 (trenta) giorni a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente bando sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana. Tale raccomandata dovrà essere indirizzata a: Regione Toscana - Settore Farmaceutica - via Alderotti, 26/N, - 50127 Firenze: a tal fine farà fede la data del timbro postale di partenza.

Le domande ed i documenti spediti oltre il termine di scadenza sopra indicato sono irricevibili.

La busta dovrà riportare la seguente indicazione : "CONCORSO UNICO PER SEDI FARMACEUTICHE".

L'Amministrazione non assume alcuna responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del candidato oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda (che dovrà essere comunicato tempestivamente esclusivamente mediante raccomandata A.R.), né per eventuali disguidi o ritardi postali o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o di forza maggiore.

Nella domanda di partecipazione al concorso il candidato deve dichiarare sotto la propria responsabilità:

- di possedere la cittadinanza italiana o di uno Stato membro della U.E. I cittadini della U.E. devono altresì dichiarare di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
- il Comune di iscrizione nelle liste elettorali ovvero i motivi della mancata iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime. Per i cittadini degli Stati membri della U.E. tale dichiarazione è sostituita dalla dichiarazione corrispondente in relazione all'ordinamento dello Stato di appartenenza;
- di possedere la laurea in Farmacia o in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche specificando ed indicando data, luogo di conseguimento e votazione riportata ;
- la data ed il luogo in cui è stata conseguita l'abilitazione professionale, indicando data, luogo di conseguimento e votazione riportata ;
- di essere iscritto all'Albo professionale dei farmacisti con specificazione della provincia e

- della data di iscrizione;
- le eventuali condanne penali passate in giudicato con le fattispecie di reato, nonché i procedimenti penali in corso di cui è a conoscenza;
  - l'indirizzo presso il quale devono pervenire ad ogni effetto le comunicazioni relative al concorso con l'esatta indicazione del CAP, del recapito telefonico ed eventuale indirizzo di posta elettronica;
  - la sede farmaceutica per la quale concorre;
  - che le dichiarazioni rese nella domanda di ammissione al concorso sono documentabili.

In calce alla domanda l'interessato dovrà apporre la propria firma che, ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445/2000, non è soggetta ad autenticazione se inviata unitamente alla fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore.

Ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 26.10.1972 n. 642, eventuali domande non in regola con le norme sul bollo saranno comunque accettate e contestualmente trasmesse in copia, al competente ufficio del registro per la regolarizzazione ai sensi dell'art. 31 del medesimo D.P.R.

I candidati riconosciuti portatori di handicap ai sensi della L. 5.02.1992 n. 104, devono fare esplicita richiesta nella domanda di partecipazione al concorso, dell'ausilio eventualmente necessario nonché dell'eventuale necessità di tempi aggiuntivi per l'espletamento della prova.

Non è sanabile e comporta l'esclusione dal concorso per irricevibilità, l'omissione della firma del concorrente a sottoscrizione della domanda.

L'ammissione dei candidati alle prove concorsuali sarà effettuata sulla base dei dati dichiarati nella domanda di partecipazione.

#### ART. 4

##### Scelta della sede.

Ai sensi del comma 3 dell'art. 18 della LR 25.2.2000 n.16, il candidato dovrà indicare la sede farmaceutica per la quale concorre. La mancata indicazione della sede comporterà l'esclusione dal concorso. Nel caso in cui sia indicata più di una sede sarà presa in considerazione solo la prima.

#### ART. 5

##### Valutazione dei titoli.

Il concorrente potrà allegare alla domanda di partecipazione al concorso tutti quei documenti, certificati di servizio, pubblicazioni che riterrà utile produrre ai fini dell'assegnazione del punteggio previsto per titoli di studio e di carriera nonché per i titoli relativi all'esercizio professionale ai sensi degli artt. 5 e 6 del D.P.C.M. 30.3.1994 n. 298.

I titoli e gli attestati redatti in lingua straniera dovranno essere accompagnati da traduzione in lingua italiana, sotto la responsabilità del concorrente.

Si precisa che è tuttora in vigore l'agevolazione prevista dall'art. 9 della L. 8.03.1968 n. 221, per i titolari, i direttori ed i collaboratori delle farmacie rurali.

Il concorrente potrà altresì sostituire in tutto o in parte la documentazione di cui sopra tramite dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà, utilizzando il modello n. 2 ai sensi della normativa vigente in materia di semplificazione amministrativa.

Per le pubblicazioni e gli altri lavori scientifici non saranno ammessi lavori dattiloscritti, manoscritti o in bozze di stampa. Nel caso in cui vengano presentate copie, il concorrente dovrà compilare l'apposita sezione all'interno del modello n. 2.

A parità di merito saranno valutati i titoli di preferenza ai sensi dell'art. 8 del regolamento regionale n. 5/1999 che, in ordine di priorità, sono:

- a) gli insigniti di medaglia al valore militare;
- b) i mutilati ed invalidi di guerra ex combattenti;
- c) i mutilati ed invalidi per fatto di guerra;
- d) i mutilati ed invalidi per servizio nel settore pubblico e privato;
- e) gli orfani di guerra;
- f) gli orfani dei caduti per fatto di guerra;
- g) gli orfani dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato;
- h) i feriti in combattimento;
- i) gli insigniti di croce di guerra o di altra attestazione speciale di merito di guerra, nonché i capi di famiglia numerosa;
- l) i figli dei mutilati e degli invalidi di guerra ex combattenti;
- m) i figli dei mutilati e degli invalidi per fatto di guerra;
- n) i figli dei mutilati e degli invalidi per servizio nel settore pubblico e privato;
- o) i genitori vedovi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti di guerra;
- p) i genitori vedovi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per fatto di guerra;
- q) i genitori vedovi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato;
- r) coloro che abbiano prestato servizio militare come combattenti;
- s) coloro che abbiano prestato senza aver riportato sanzioni disciplinari servizio a qualunque titolo, per non meno di un anno nell'amministrazione che ha indetto il concorso;
- t) i coniugati e i non coniugati con riguardo al numero dei figli a carico;
- u) gli invalidi ed i mutilati civili;
- v) i militari volontari delle Forze armate congedati senza demerito al termine della ferma o rafferma.

A parità di merito e di titoli la preferenza sarà determinata:

- a) dal numero dei figli a carico, indipendentemente dal fatto che il candidato sia coniugato o meno;
- b) dall'aver prestato senza aver riportato sanzioni disciplinari servizio nelle amministrazioni pubbliche;
- c) dalla maggiore anzianità di disoccupazione;
- d) dalla più giovane età.

I titoli di merito o di preferenza dovranno essere comunicati a questa amministrazione mediante la compilazione dell'apposito Modello 3.

Non saranno presi in considerazione documenti o titoli di merito o di preferenza presentati dopo il termine di scadenza della domanda di partecipazione al concorso, così come precisato dal precedente art. 3.

L'attività a tempo parziale fino a 20 ore settimanali sarà valutata nella misura del 50% del punteggio previsto per i relativi profili professionali.

Nel caso in cui non fosse specificato se si tratta di tempo pieno o parziale, l'attività verrà considerata a tempo parziale.

## ART. 6

Commissione esaminatrice.

La commissione esaminatrice è costituita in conformità delle disposizioni di cui all'articolo 18 bis della LR 25.2.2000, n.16.

#### ART. 7

##### Diario della prova attitudinale.

La data e la sede della prova attitudinale verranno stabilite dalla Commissione esaminatrice e saranno comunicate ai candidati esclusivamente mediante specifico avviso pubblico contenuto nel B.U.R.T. del 12 gennaio 2011.

A partire da questa data sarà possibile informarsi della sede, data ed ora di convocazione per la prova attitudinale:

- sul sito Internet della Regione Toscana <http://www.regione.toscana.it/sst> alla voce "*Opportunità e scadenze*";
- presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) della Giunta Regionale toscana al numero verde 800.860.070.

I candidati che hanno presentato domanda, ad eccezione di coloro ai quali prima dello svolgimento della stessa sia stata inviata apposita comunicazione di esclusione per irricevibilità della domanda, sono tenuti a presentarsi nel giorno, nel luogo e nell'orario indicati nell'avviso pubblico di cui sopra.

Per i candidati ammessi le comunicazioni rese attraverso gli strumenti anzidetti, non meno di 15 giorni prima dello svolgimento della prova, avranno valore di notifica a tutti gli effetti e costituiranno invito alle prove.

L'istruttoria sulla valutazione dei titoli dei candidati verrà effettuata sui soli candidati che supereranno la prova attitudinale, sulla base dei dati dichiarati nella domanda di ammissione al concorso.

Nel caso in cui non fosse possibile, per ragioni organizzative, procedere secondo le modalità sopra riportate, l'Amministrazione effettuerà le comunicazioni di cui sopra mediante lettera raccomandata inviata ai candidati almeno 15 giorni prima della data stabilita per la prova medesima.

Per essere ammessi a sostenere la prova attitudinale i candidati dovranno essere muniti di idoneo documento di riconoscimento.

Saranno esclusi dal concorso i candidati che non si presenteranno alla prova attitudinale nel luogo, alla data e nell'orario stabilito.

L'Amministrazione non assume alcuna responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del candidato oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi o ritardi postali o comunque imputabili a caso fortuito o di forza maggiore.

#### ART. 8

##### Prova d'esame.

Il concorso di cui al presente bando si svolgerà per titoli ed esami.

Per la valutazione dei titoli si farà riferimento a quanto previsto dagli artt. 4, 5 e 6 del DPCM 30.03.94 n. 298.

L'esame consisterà in una prova attitudinale che si articolerà in cento domande riguardanti le seguenti materie: farmacologia, tecnica farmaceutica (anche con riferimento alla chimica farmaceutica) e legislazione farmaceutica.

La prova attitudinale sarà effettuata ai sensi dell'art. 7, commi 2 e 2 -bis del D.P.C.M. 30.03.1994, n. 298 così come modificato dall'art. 1 del D.P.C.M. 13.02.1998 n. 34, sorteggiando 100 domande tra quelle pubblicate sul Supplemento Ordinario della Gazzetta Ufficiale 4<sup>a</sup> serie speciale - n. 24 del 27.03.1998.

La risposta dovrà essere quella pubblicata sul Supplemento Ordinario della Gazzetta

Ufficiale 4<sup>a</sup> serie speciale - n. 24 del 27.03.1998.

A ciascuna risposta esatta verranno attribuiti 0,1 punti per commissario.

Conseguirà l'idoneità, e verrà inserito nella graduatoria, il concorrente che realizzerà almeno 37,5 punti.

Per la prova sarà concesso un tempo non superiore ad un'ora e trenta minuti.

L'Amministrazione potrà affidare la gestione della prova attitudinale ad una ditta specializzata ed avvalersi di procedure e sistemi informatizzati di correzione delle prove.

#### ART. 9

##### Formazione e approvazione della graduatoria.

Dopo aver espletato la prova attitudinale, la commissione formerà la graduatoria di merito dei candidati, sommando il punteggio conseguito da ciascun concorrente con i titoli al punteggio conseguito nella prova stessa.

Il Presidente della commissione esaminatrice, dopo che la stessa avrà redatto la graduatoria del concorso, trasmetterà all'Amministrazione regionale gli atti relativi per i provvedimenti di competenza.

Il dirigente del "Settore Farmaceutica", riconosciuta la regolarità del procedimento, approverà la graduatoria degli idonei.

Il decreto di approvazione della graduatoria sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana e dalla data di pubblicazione decorreranno i tempi per eventuali impugnative.

#### ART. 10

##### Validità della graduatoria.

La graduatoria avrà una validità di quattro anni a decorrere dalla data di pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana.

#### ART. 11

##### Accertamento dei requisiti.

Ai fini dell'assegnazione della sede farmaceutica, qualora siano scaduti i termini di validità delle dichiarazioni rese nella domanda di concorso, i candidati utilmente collocati nella graduatoria dovranno riconfermarle mediante la sottoscrizione di un apposito modulo, ai sensi della "Direttiva per l'applicazione delle norme in materia di semplificazione della documentazione amministrativa di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445" approvata con deliberazione della Giunta Regionale n. 1058 del 1.10.2001 ed ai sensi della predetta normativa, l'Amministrazione effettuerà controlli delle dichiarazioni rese dai candidati collocati utilmente in graduatoria.

Qualora 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.

#### ART. 12

##### Assegnazione delle sedi.

Il dirigente del "Settore Farmaceutica", dopo aver approvato la graduatoria degli idonei, provvederà ad assegnare le sedi messe a concorso.

L'assegnazione delle sedi farmaceutiche messe a concorso sarà effettuata ai sensi dell'art. 18 della L.R. 16/2000 .

#### ART. 13

##### Riferimenti normativi.

Per tutto quanto non espressamente previsto nel presente bando e relativo alle norme per lo svolgimento del concorso, per la gestione della farmacia e per l'autorizzazione all'apertura ed esercizio della medesima, valgono le disposizioni al riguardo contenute nella L.R. 16/2000, nel T.U.L.L.SS. 27.7.1934 n. 1265, nella legge 2.4.1968 n. 475, nella legge 8.11.1991 n. 362, nel D.P.C.M. 30.3.1994 n. 298, nel D.P.C.M. 13.2.1998 n. 34 e, per quanto applicabili, nei regolamenti di cui al R.D. 30.9.1938 n. 1706 ed al D.P.R. 21.8.1971 n. 1275.

#### ART. 14

##### Pubblicità del presente bando.

Il presente bando verrà pubblicizzato con le seguenti modalità :

- pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana e per estratto, entro i successivi dieci giorni, sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana;
- pubblicazione sul sito Internet della Regione Toscana al seguente indirizzo: [http://www.regione.toscana.it/st alla voce \"Opportunità e scadenze\";](http://www.regione.toscana.it/st alla voce \)
- trasmissione alla Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (F.O.F.I.), a tutti gli Ordini Provinciali dei Farmacisti della Regione Toscana ed al Ministero della Salute;
- trasmissione di copia ai Comuni di cui all'articolo 1 del presente bando per l'affissione all'albo comunale;

Copia del bando sarà disponibile anche presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico della Regione Toscana sito in Firenze, Via di Novoli 26, aperto il lunedì, il mercoledì ed il giovedì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, il martedì e il venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.30. L'U.R.P. può inoltre essere contattato al numero verde 800-860070 oppure all'indirizzo di posta elettronica: [urp@regione.toscana.it](mailto:urp@regione.toscana.it) .

#### ART. 15

##### Informativa ex. Art. 13 Codice in materia di trattamento dei dati personali

Il Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs 196/2003) e la Direttiva per l'attuazione del Codice stesso (Del. GRT 167/2007) prevedono la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo quanto previsto dalla normativa, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza ed ai candidati competono i diritti previsti dall'articolo 7 del Codice.

L'utilizzo dei dati che riguardano il candidato ha come finalità la gestione delle procedure per il conferimento di n. 25 sedi farmaceutiche disponibili per il privato esercizio in Regione Toscana e la gestione dei medesimi é informatizzata e manuale.

Il conferimento dei dati è pertanto obbligatorio ed il loro eventuale mancato conferimento non darà luogo all'assegnazione medesima.

I dati saranno trattati dal personale del "settore Farmaceutica" espressamente

incaricati.

Il titolare del trattamento è : Regione Toscana - Giunta Regionale.

Il responsabile del trattamento é il dirigente del "Settore Farmaceutica" .

Il responsabile del procedimento è il dirig ente del "Settore Farmaceutica” .

#### ART. 16

#### Disposizioni finali.

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

I documenti, i lavori originali e le pubblicazioni allegati alla domanda ed al curriculum potranno essere ritirati, o ve nulla osti, direttamente dal candidato o da un suo incaricato munito di delega scritta, non prima di sessanta giorni e non oltre sei mesi dalla pubblicazione della graduatoria di merito del concorso sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana.

Decorso tale periodo, la documentazione potrà essere oggetto di scarto e pertanto potrà essere non più recuperabile da parte degli interessati.

I candidati potranno ritirare anche prima dell'espletamento del concorso la documentazione predetta, purché rilasci no dichiarazione scritta di rinuncia al concorso e ad ogni eccezione in merito al procedimento ed all'esito del concorso medesimo.

Alla Regione Toscana  
 D.G Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà  
 Settore Farmaceutica  
 Via Alderotti , 26/N  
 50127 Firenze

Marca  
 da bollo

Modello 1

Il/la sottoscritto/a chiede di essere ammesso/a a partecipare al concorso pubblico per titoli ed esami per il conferimento di n. 25 sedi farmaceutiche disponibili per il privato esercizio nella Regione Toscana .

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità ed uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del citato D.P.R. 445/00, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA :

cognome e nome \_\_\_\_\_  
 data di nascita \_\_\_\_\_ comune di nascita \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 comune di residenza \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Barrare una sola casella per ogni gruppo di dichiarazioni e compilare dove previsto**

Chiede che ogni comunicazione venga inviata presso:

il proprio domicilio;

il seguente recapito :

comune \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

di essere in possesso della cittadinanza italiana;

di essere in possesso della cittadinanza del seguente Stato facente parte della U.E . \_\_\_\_\_

e di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana;

di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di \_\_\_\_\_

di non essere iscritto/a o di essere stato/a cancellato/a nelle liste elettorali per il seguente motivo

\_\_\_\_\_

di essere cittadino del seguente Stato U.E. \_\_\_\_\_ e di dichiarare \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(dichiarazione di cui all'art. 3, comma 5, punto 2 del bando)

di essere in possesso del Diploma di Laurea in \_\_\_\_\_  
conseguito in data \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di aver conseguito l'abilitazione professionale il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
con la votazione di \_\_\_\_\_ su \_\_\_\_\_ ;

di essere iscritto all'Ordine dei Farmacisti della provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

di non aver riportato condanne penali passate in giudicato;  
 di aver riportato condanne penali passate in giudicato per le seguenti fattispecie di reato : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali ;  
 di avere i seguenti procedimenti penali in corso : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 aver ceduto la propria farmacia negli ultimi 10 anni

ò sede prescelta \_\_\_\_\_

**Il seguente punto é da compilarsi ESCLUSIVAMENTE da chi intende usufruire di quanto previsto dalla LR 104/92**

ò di richiedere per lo svolgimento delle prove concorsuali, in quanto portatore di handicap ai sensi dell'art. 20 della L.R. 104/92:

tempo aggiuntivo \_\_\_\_\_ tipo di ausilio \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs 196/2003) il sottoscritto dichiara di essere informato che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo mi competono tutti i diritti previsti dall'art. 7 del Codice medesimo. Titolare del trattamento: Regione Toscana - Giunta Regionale; responsabile del trattamento: il dirigente del Settore Farmaceutica.

Il concorrente dichiara altresì che le dichiarazioni rese in precedenza sono documentabili e prende atto che, qualora emerga la non veridicità delle presenti dichiarazioni, l'Amministrazione regionale disporrà, ai sensi dell'art. 75, comma 1 del D.P.R. n. 445/2000, la decadenza da ogni beneficio conseguito .

NOTA BENE: qualora al momento dell'accertamento dei requisiti di cui all'art. 11 del bando, siano scaduti i termini di validità delle dichiarazioni rese, le stesse dovranno essere riconfermate attraverso la sottoscrizione di un apposito modulo ai sensi dell'art. 25 del regolamento regionale n. 5/1999 e dell'art. 9 della direttiva regionale approvata con delibera G.R. n. 1058/2001.

**IL SOTTOSCRITTO ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA LA FOTOCOPIA NON AUTENTICATA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'**

Data .....

Firma

.....

Modello 2

**REGIONE TOSCANA**Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà  
Settore Farmaceutica**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

(Artt. 46 e 47, D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a .....

il ..... residente a ..... in .....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, di cui all'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

**DICHIARA**

di essere in possesso del secondo Diploma di Laurea in ..... conseguito in data .....  
con la votazione di ..... presso .....

di essere in possesso della specializzazione universitaria in ..... conseguita in data .....  
con la votazione di ..... presso .....

di aver conseguito la seguente borsa di studio o di ricerca relativa a materie afferenti alla facoltà di farmacia .....  
(ai sensi art. 80 DPR 383/1980 o art. 8 L. 398/1989) presso .....

di aver conseguito l'idoneità per la professione di farmacista nel concorso per sedi farmaceutiche in .....  
la cui graduatoria è stata approvata da ..... con atto ..... nell'anno .....

di aver conseguito l'idoneità nazionale a farmacista dirigente nella sessione dell'anno .....

di essere in possesso dei seguenti titoli in materia di aggiornamento professionale (**esclusi E.C.M.**):

1) titolo ..... organizzato da .....

della durata di ..... per un totale di ore ..... svoltosi nell'anno ..... con esame finale  SI  NO

2) titolo ..... organizzato da .....

della durata di ..... per un totale di ore ..... svoltosi nell'anno ..... con esame finale  SI  NO

3) titolo ..... organizzato da .....

della durata di ..... per un totale di ore ..... svoltosi nell'anno ..... con esame finale  SI  NO

4) titolo ..... organizzato da .....

della durata di ..... per un totale di ore ..... svoltosi nell'anno ..... con esame finale  SI  NO

5) titolo ..... organizzato da .....

della durata di ..... per un totale di ore ..... svoltosi nell'anno ..... con esame finale  SI  NO

6) titolo ..... organizzato da .....

della durata di ..... per un totale di ore ..... svoltosi nell'anno ..... con esame finale  SI  NO

Di aver frequentato i seguenti corsi di aggiornamento di cui al Decreto Legislativo 229/99 (E.C.M.)

Numero complessivo dei crediti E.C.M. acquisiti negli anni 2002/2010 .....

Debito formativo assolto  SI  NO

1) titolo .....

codice evento ..... data di svolgimento ..... numero crediti .....

2) titolo .....

codice evento ..... data di svolgimento ..... numero crediti .....

3) titolo .....

codice evento ..... data di svolgimento ..... numero crediti .....

4) titolo .....

codice evento ..... data di svolgimento ..... numero crediti .....

5) titolo .....

codice evento ..... data di svolgimento ..... numero crediti .....

6) titolo .....

codice evento ..... data di svolgimento ..... numero crediti .....

7) titolo .....

codice evento ..... data di svolgimento ..... numero crediti .....

8) titolo .....

codice evento ..... data di svolgimento ..... numero crediti .....

9) titolo .....

codice evento ..... data di svolgimento ..... numero crediti .....

10) titolo .....

codice evento ..... data di svolgimento ..... numero crediti .....

11) titolo .....

codice evento ..... data di svolgimento ..... numero crediti .....

12) titolo .....

codice evento ..... data di svolgimento ..... numero crediti .....

13) titolo .....

codice evento ..... data di svolgimento ..... numero crediti .....

14) titolo .....

codice evento ..... data di svolgimento ..... numero crediti .....

15) titolo .....

codice evento ..... data di svolgimento ..... numero crediti .....

**di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:**

**1. Titolare o direttore di farmacia aperta al pubblico ( Vedi nota 1 ed asterisco \* in calce al presente modulo) :**

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....  
provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....  
provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....  
provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....  
provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....  
provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....  
provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....  
provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....  
provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....  
provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....

provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....

provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....

provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....

provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....

provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....

provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....

provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....

provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

2. Collaboratore di farmacia aperta al pubblico ( Vedi nota 2 ed asterisco \* in calce al presente modulo):

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....

provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....

provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....

provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....

provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....

provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....

provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....

provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....

provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....

provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....

provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....

provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....

provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....

provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....

provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....

provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....

provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Dal..... al..... farmacia ..... sita nel comune di .....

provincia ..... ASL ..... rurale\*  SI  NO  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

3. Professore ordinario di ruolo della facoltà di farmacia (Vedi nota 3 in calce al presente modulo)  
Farmacista dirigente dei ruoli delle Aziende USL, di direttore di farmacia ospedaliera o di farmacia militare, di direttore tecnico di stabilimento farmaceutico (Vedi nota 4 in calce al presente modulo):

- Professore ordinario di ruolo della facoltà di farmacia
- Farmacista dirigente dei ruoli delle Aziende USL
- Direttore di farmacia ospedaliera
- Direttore di farmacia militare
- Direttore tecnico di stabilimento farmaceutico

Dal ..... al ..... presso .....

Comune di .....  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

- Professore ordinario di ruolo della facoltà di farmacia
- Farmacista dirigente dei ruoli delle Aziende USL
- Direttore di farmacia ospedaliera
- Direttore di farmacia militare
- Direttore tecnico di stabilimento farmaceutico

Dal ..... al ..... presso .....

Comune di .....  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

- Professore ordinario di ruolo della facoltà di farmacia
- Farmacista dirigente dei ruoli delle Aziende USL
- Direttore di farmacia ospedaliera
- Direttore di farmacia militare
- Direttore tecnico di stabilimento farmaceutico

Dal ..... al ..... presso .....

Comune di .....  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

4. Direttore di aziende farmaceutiche municipalizzate, di direttore di aziende speciali, di informatore scientifico o di collaboratore ad altro titolo di industria farmaceutica, di coadiutore o collaboratore dei ruoli delle Aziende USL, 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, delle Provincie autonome (Vedi nota 5 in calce al presente modulo) :

- Direttore di aziende farmaceutiche municipalizzate
- Direttore di aziende speciali
- Informatore scientifico o di collaboratore ad altro titolo di industria farmaceutica
- Coadiutore o collaboratore dei ruoli delle Aziende USL
- Farmacista militare
- Direttore di deposito o magazzino all'ingrosso di medicinali
- Direttore tecnico di officine di produzione di cosmetici
- Professore universitario associato della facoltà di farmacia
- Farmacista dipendente del Ministero della sanità e dell'Istituto superiore di sanità, delle Regioni, delle Provincie autonome

Dal ..... al ..... presso .....

Comune di .....  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

- Direttore di aziende farmaceutiche municipalizzate
- Direttore di aziende speciali
- Informatore scientifico o di collaboratore ad altro titolo di industria farmaceutica
- Coadiutore o collaboratore dei ruoli delle Aziende USL
- Farmacista militare
- Direttore di deposito o magazzino all'ingrosso di medicinali
- Direttore tecnico di officine di produzione di cosmetici
- Professore universitario associato della facoltà di farmacia
- Farmacista dipendente del Ministero della sanità e dell'Istituto superiore di sanità, delle Regioni, delle Provincie autonome

Dal ..... al ..... presso .....

Comune di .....  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

5. Altri titoli relativi all'esercizio professionale.

Titolo/posizione/qualifica .....

dal ..... al ..... presso .....

Comune di .....  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Titolo/posizione/qualifica .....

dal ..... al ..... presso .....

Comune di .....  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Titolo/posizione/qualifica .....

dal ..... al ..... presso .....

Comune di .....  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

Titolo/posizione/qualifica .....

dal ..... al ..... presso .....

Comune di .....  a tempo pieno  a tempo parziale (fino a 20 ore settimanali)

**il sottoscritto dichiara altresì**

che le sottoelencate pubblicazioni/documentazione, allegata in copia alla domanda di concorso di cui sopra, sono conformi agli originali in suo possesso:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**IL SOTTOSCRITTO ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA LA FOTOCOPIA NON AUTENTICATA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'**

data .....

firma

.....

**NOTE**

1 : art. 5, comma 3, lettera a), D.P.C.M. 298/94; 2 : art. 5, comma 3, lettera b), D.P.C.M. 298/94; 3 : art. 5, comma 3, lettera c), D.P.C.M. 298/94; 4 : art. 5, comma 3, lettera c), D.P.C.M. 298/94;	5 : art. 5, comma 3, lettera d), D.P.C.M. 298/94; * : art. 9, L. 221/68: barrare la casella SI se si tratta di farmacia rurale, la casella NO se si tratta di farmacia urbana. Nel caso in cui non sia barrata nessuna casella, la farmacia sarà considerata urbana.
--	---



Il dichiarante prende atto che qualora emerga la non veridicità delle presenti dichiarazioni l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art.75 - comma 1 - del D.P.R. 445/2000.

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003, il sottoscritto dichiara di essere informato che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo mi competono tutti i diritti previsti dall'art. 7 del medesimo.

Titolare del trattamento: Regione Toscana - Giunta Regionale; responsabile del trattamento: il dirigente del Settore Farmaceutica.

data.....

firma

.....

**IL SOTTOSCRITTO ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA LA FOTOCOPIA NON AUTENTICATA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'**

NOTA :

A parità di merito i titoli di preferenza in ordine di priorità, ai sensi dell'art. 8 del regolamento regionale n.5/1999, sono:

- a) gli insigniti di medaglia al valore militare;
- b) i mutilati ed invalidi di guerra ex combattenti;
- c) i mutilati ed invalidi per fatto di guerra;
- d) i mutilati ed invalidi per servizio nel settore pubblico e privato;
- e) gli orfani di guerra;
- f) gli orfani dei caduti per fatto di guerra;
- g) gli orfani dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato;
- h) i feriti in combattimento;
- i) gli insigniti di croce di guerra o di altra attestazione speciale di merito di guerra, nonché i capi di famiglia numerosa;
- l) i figli dei mutilati e degli invalidi di guerra ex combattenti;
- m) i figli dei mutilati e degli invalidi per fatto di guerra;
- n) i figli dei mutilati e degli invalidi per servizio nel settore pubblico e privato;
- o) i genitori vedovi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti di guerra;
- p) i genitori vedovi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per fatto di guerra;
- q) i genitori vedovi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato;
- r) coloro che abbiano prestato servizio militare come combattenti;
- s) coloro che abbiano prestato senza aver riportato sanzioni disciplinari servizio a qualunque titolo, per non meno di un anno nell'amministrazione che ha indetto il concorso;
- t) i coniugati e i non coniugati con riguardo al numero dei figli a carico;
- u) gli invalidi ed i mutilati civili;
- v) i militari volontari delle Forze armate congedati senza demerito al termine della ferma o rafferma.

A parità di merito e di titoli la preferenza è determinata:

- a) dal numero dei figli a carico, indipendentemente dal fatto che il candidato sia coniugato o meno;
- b) dall'aver prestato senza aver riportato sanzioni disciplinari servizio nelle amministrazioni pubbliche;
- c) dalla maggiore anzianità di disoccupazione;
- d) dalla più giovane età.