**ALLEGATO 2**

**Dic.sost.tirocinio CTF**

**ESAME DI STATO FARMACISTA**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI COMPIUTO TIROCINIO PER I LAUREATI IN CTF**

**DA COMPILARSI A CURA DEI CANDIDATI LAUREATI IN CTF**

Da inviare tramite PEC al seguente indirizzo protocollo@cert.unipg.it o via mail allegando anche un documento d’identità valido al seguente indirizzo mail ufficio.esamidistato@unipg.it

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Cognome Nome

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Comune prov.

Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numerotelefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti **di aver svolto il tirocinio pratico e di aver riconsegnato il libretto diario.**

**Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità.**

*(Qualora il documento di identità non sia in corso di validità, il candidato dovrà, ai sensi dell’art. 45 del D.P.R. 445/2000, dichiarare in calce alla fotocopia dello stesso che i dati ivi contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio.)*

**Data e luogo, Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**