



AL D.R.

08 MAR 2018

ALLEGATO 6**Dic.sost. sostanze allergogene****ESAME DI STATO FARMACISTA****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE SOSTANZE ALLERGOGENE**

DA COMPILARSI E ALLEGARE ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE A CURA DEI CANDIDATI AFFETTI DA SOSTANZE ALLERGOGENE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Cognome _____ Nome _____
Comune _____ prov. _____) il _____
Codice fiscale _____
Numero telefonico _____ email _____

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 essere affetto/a da allergia alle seguenti sostanze _____

Perugia ,

Firma (1) _____

Timbro e firma del funzionario accettante

(1) La sottoscrizione della suddetta dichiarazione resa da parte dell'interessato in presenza del funzionario accettante non necessita di autentica (art. 38 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445), ma ad essa segue timbro e firma del funzionario accettante. La sottoscrizione può essere apposta non in presenza del funzionario accettante con la presentazione di fotocopia di valido documento di riconoscimento.

Allegati: documentazione in originale o copia autentica che attesti il tipo di sostanze allergogene.