

ALLEGATO 2

Dic.sost.tirocinio CTF

## ESAME DI STATO FARMACISTA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI COMPIUTO TIROCINIO PER I LAUREATI  
IN CTF

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Numero telefonico \_\_\_\_\_ 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.**

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.