



**Allegato A**

***Dichiarazione di presa d'atto dello svolgimento con modalità a distanza per lo svolgimento dell'Esame di Stato, di non utilizzare strumenti di ausilio e garantire l'assenza nel locale di persone di supporto durante lo svolgimento della prova***

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

residente a \_ (\_\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_

candidato per l'Esame di Stato in Farmacista – \_\_\_\_ sessione 2023 – che si svolgerà a  
distanza ai sensi del DM 471 del 17 maggio 2023;

DICHIARA

- di aver preso atto delle modalità di svolgimento dell'esame ai sensi del decreto sopra richiamato;
- di non utilizzare strumenti di ausilio
- di garantire l'assenza nel locale di persone di supporto durante lo svolgimento della prova

Data:

Firma del candidato  
(per esteso e leggibile)