

Cognome _____ Nome _____

**Dichiarazione sostitutiva di possesso di TITOLI DI STUDIO ED ESPERIENZE PROFESSIONALI
ai fini dell'assegnazione del punteggio previsto**

NOTE PER LA COMPILAZIONE: la dichiarazione dovrà essere redatta in modo esaustivo per consentire l'esatta valutazione dei titoli; ogni informazione non chiara incompleta non sarà tenuta in considerazione al fine della determinazione del punteggio complessivo.

Pertanto, si prega di integrare il presente un modulo in tutte le sue parti in stampatello o a macchina; barrare le caselle di interesse e sottoscrivere.

È necessario firmare ogni singola pagina.

Il/ la sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

Nato/a a _____ () il _____
(gg/mm/aaaa)

Residente nel comune di _____ ()

In Via _____ n. _____

Cap _____ tel. _____

Con riferimento alla domanda di partecipazione alla selezione per la formazione di una graduatoria alla assunzione di due farmacisti da impiegarsi all'interno della Farma.co Srl con contratto di primo livello, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 E consapevole delle conseguenze delle sanzioni penali previsti dagli art. 75 e 76 del suddetto D.P.R. in caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Di aver preso visione dell'avviso della selezione Farma.Co. S.r.l.;
- Di essere in possesso dei seguenti titoli di studio e carriera (in caso di spazio insufficiente procedere effettuando il numero necessario di copie delle pagine predisposte oppure allegare di dichiarazione integrativa, dattiloscritta o in stampatello e sottoscritta):

○ **Laurea** in (farmacia o c.t. f) _____ conseguita presso
l'Università di _____ il _____ con voto _____

Laurea del vecchio ordinamento

Laurea specialistica o magistrale del nuovo ordinamento (quinquennale)

Allegato B-dichiarazione sostitutiva di possesso di titoli di studio ed esperienze professionali ai fini dell'assegnazione del punteggio previsto

Cognome _____ Nome _____

- 4) Datore di lavoro _____
Città _____ indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattasi di: () farmacia pubblica
 () farmacia privata
 () Parafarmacia
- 5) Datore di lavoro _____
Città _____ indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattasi di: () farmacia pubblica
 () farmacia privata
 () Parafarmacia
- 6) Datore di lavoro _____
Città _____ indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattasi di: () farmacia pubblica
 () farmacia privata
 () Parafarmacia
- 7) Datore di lavoro _____
Città _____ indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattasi di: () farmacia pubblica
 () farmacia privata
 () Parafarmacia
- 8) Datore di lavoro _____
Città _____ indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattasi di: () farmacia pubblica
 () farmacia privata
 () Parafarmacia

Cognome _____ Nome _____

- ...) Datore di lavoro _____
Città _____ indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattasi di: () farmacia pubblica
 () farmacia privata
 () Parafarmacia
- ...) Datore di lavoro _____
Città _____ indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattasi di: () farmacia pubblica
 () farmacia privata
 () Parafarmacia
- ...) Datore di lavoro _____
Città _____ indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattasi di: () farmacia pubblica
 () farmacia privata
 () Parafarmacia
- ...) Datore di lavoro _____
Città _____ indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattasi di: () farmacia pubblica
 () farmacia privata
 () Parafarmacia

(In caso di di spazio insufficiente per le esperienze professionali procedere effettuando il numero necessario di copie della presente pagina e numerare i corsi progressivamente)

Allegato B-dichiarazione sostitutiva di possesso di titoli di studio ed esperienze professionali ai fini dell'assegnazione del punteggio previsto

Cognome _____ Nome _____

- **Conoscenza software gestionale di farmacia**
 - Wingsfar
 - Farma3
 - UFi o altri

Il presente allegato B è composto da n. _____ pagine.

Luogo e data _____

Firma

(autenticata ai sensi dell'articolo 38 del
D.P.R. 445/2000 mediante produzione di
copia foto statica di documento di
riconoscimento)