

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 poter consentire l'esatta valutazione dei titoli; ogni informazione non chiara o incompleta non sarà tenuta in considerazione al fine della determinazione del punteggio complessivo. Pertanto, si prega di compilare il presente modulo in tutte le sue parti in stampatello o a macchina; barrare le caselle di interesse e sottoscrivere.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(gg/mm/aa)

con residenza anagrafica nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

con riferimento alla domanda di partecipazione alla selezione per l'assunzione di **n° 1 magazziniere esperto (rif. FCR-2016-IMAG)** con contratto a tempo indeterminato presso Azienda Speciale Farmacie Comunali Riunite, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 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 di selezione FCR-2016-IMAG;

di essere in possesso dei seguenti titoli di studio e di carriera (in caso di spazio insufficiente procedere effettuando il numero necessario di copie delle pagine predisposte oppure allegare dichiarazione integrativa, dattiloscritta o in stampatello e sottoscritta):

**Diploma** in \_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;  
○ con il seguente voto finale: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**ulteriore specializzazione** in \_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;  
○ ore di frequenza totali n° \_\_\_\_\_  
○ con il seguente voto finale: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ( se previsto)

**Esperienze professionali / titoli di servizio successivi al 1° luglio 2012 (è obbligatorio indicare l'esatta ragione sociale del datore di lavoro):**

1. Datore di lavoro \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
Mansione \_\_\_\_\_ livello di inquadramento \_\_\_\_\_  
Dal (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ al (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_  
Pari a mesi interi \_\_\_\_\_  
Dichiaro trattasi di:  magazzino commerciale ingrosso/dettaglio  
 magazzino commerciale distribuzione farmaci
  
2. Datore di lavoro \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
Mansione \_\_\_\_\_ livello di inquadramento \_\_\_\_\_  
Dal (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ al (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_  
Pari a mesi interi \_\_\_\_\_  
Dichiaro trattasi di:  magazzino commerciale ingrosso/dettaglio  
 magazzino commerciale distribuzione farmaci
  
3. Datore di lavoro \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
Mansione \_\_\_\_\_ livello di inquadramento \_\_\_\_\_  
Dal (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ al (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_  
Pari a mesi interi \_\_\_\_\_  
Dichiaro trattasi di:  magazzino commerciale ingrosso/dettaglio  
 magazzino commerciale distribuzione farmaci
  
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:  magazzino commerciale ingrosso/dettaglio  
 magazzino commerciale distribuzione farmaci
  
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:  magazzino commerciale ingrosso/dettaglio  
 magazzino commerciale distribuzione farmaci
  
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:  magazzino commerciale ingrosso/dettaglio

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

magazzino commerciale distribuzione farmaci

**Corsi di formazione in area logistica-magazzino (saranno ritenuti validi unicamente i corsi con frequenza superiore alle 80 ore):**

1. Titolo \_\_\_\_\_

Organizzato da \_\_\_\_\_

Nei giorni/periodo \_\_\_\_\_

Per un totale di ore \_\_\_\_\_

Dichiaro di:  aver superato l'esame finale  
 non aver superato l'esame finale  
 esame finale non previsto

Attestato di frequenza:  allegato  non allegato

2. Titolo \_\_\_\_\_

Organizzato da \_\_\_\_\_

Nei giorni/periodo \_\_\_\_\_

Per un totale di ore \_\_\_\_\_

Dichiaro di:  aver superato l'esame finale  
 non aver superato l'esame finale  
 esame finale non previsto

Attestato di frequenza:  allegato  non allegato

3. Titolo \_\_\_\_\_

Organizzato da \_\_\_\_\_

Nei giorni/periodo \_\_\_\_\_

Per un totale di ore \_\_\_\_\_

Dichiaro di:  aver superato l'esame finale  
 non aver superato l'esame finale  
 esame finale non previsto

Attestato di frequenza:  allegato  non allegato

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

Il presente allegato B è composto da n. \_\_\_\_\_ pagine.

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_  
**(autenticata ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000  
mediante produzione di copia fotostatica di  
documento di riconoscimento)**