

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 integrare 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 farmacista collaboratore livello 1° (rif. FCR-2016-FARMACIA) con contratto a tempo indeterminato per le Farmacie gestite e convenzionate dall'Azienda, 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-FARMACIA;
- 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):

**altra Laurea** in \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

- laurea del vecchio ordinamento
- laurea specialistica o magistrale del nuovo ordinamento (quinquennale)

**altra Laurea** in \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

- laurea del vecchio ordinamento
- laurea specialistica o magistrale del nuovo ordinamento (quinquennale)

**Specializzazioni universitarie o borse di studio o di ricerca** relative alla facoltà di Farmacia o Chimica e Tecnologia Farmaceutiche, erogate ai sensi o dell'art. 80 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, o dell'art. 8 della legge 30 novembre 1989, n. 398:

1. Materia \_\_\_\_\_

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

Presso l'Università di \_\_\_\_\_  
Facoltà di \_\_\_\_\_  
Periodo \_\_\_\_\_

2. Materia \_\_\_\_\_  
Presso l'Università di \_\_\_\_\_  
Facoltà di \_\_\_\_\_  
Periodo \_\_\_\_\_

**Esperienze professionali / titoli di servizio successivi al 1° gennaio 2012:**

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:  farmacia comunale  
 farmacia privata  
 altro (parafarmacia, serv.ospedaliero, industria, università)  
specificare \_\_\_\_\_

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:  farmacia comunale  
 farmacia privata  
 altro (parafarmacia, serv.ospedaliero, industria, università)  
specificare \_\_\_\_\_

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:  farmacia comunale  
 farmacia privata  
 altro (parafarmacia, serv.ospedaliero, industria, università)  
specificare \_\_\_\_\_

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 comunale  
 farmacia privata  
 altro (parafarmacia, serv.ospedaliero, industria, università)  
specificare \_\_\_\_\_

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 comunale  
 farmacia privata  
 altro (parafarmacia, serv.ospedaliero, industria, università)  
specificare \_\_\_\_\_

... 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 comunale  
 farmacia privata  
 altro (parafarmacia, serv.ospedaliero, industria, università)  
specificare \_\_\_\_\_

... 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 comunale  
 farmacia privata  
 altro (parafarmacia, serv.ospedaliero, industria, università)  
specificare \_\_\_\_\_

... 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 comunale  
 farmacia privata  
 altro (parafarmacia, serv.ospedaliero, industria, università)  
specificare \_\_\_\_\_

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

**Corsi di aggiornamento:**

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

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

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

Per un totale di ore \_\_\_\_\_ Crediti ECM n° \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ Crediti ECM n° \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ Crediti ECM n° \_\_\_\_\_

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

Attestato di frequenza:  allegato  non allegato

4. Titolo \_\_\_\_\_

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

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

Per un totale di ore \_\_\_\_\_ Crediti ECM n° \_\_\_\_\_

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

Attestato di frequenza:  allegato  non allegato

5. Titolo \_\_\_\_\_

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

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

Per un totale di ore \_\_\_\_\_ Crediti ECM n° \_\_\_\_\_

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

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

Attestato di frequenza:  allegato  non allegato

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

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

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

Per un totale di ore \_\_\_\_\_ Crediti ECM n° \_\_\_\_\_

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

Attestato di frequenza:  allegato  non allegato

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

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

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

Per un totale di ore \_\_\_\_\_ Crediti ECM n° \_\_\_\_\_

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

Attestato di frequenza:  allegato  non allegato

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

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

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

Per un totale di ore \_\_\_\_\_ Crediti ECM n° \_\_\_\_\_

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)**