

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 addetto/a al servizio clienti presso ufficio commerciale farmacie (rif. FCR-2012-FCOM)** 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-2012-FCOM;
- 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):

Laurea in _____ conseguita presso l'Università di _____ il _____;
 laurea del vecchio ordinamento
 laurea specialistica o magistrale del nuovo ordinamento (quinquennale)

ulteriore Laurea in _____ conseguita presso l'Università di _____ il _____;
 laurea del vecchio ordinamento
 laurea specialistica o magistrale del nuovo ordinamento (quinquennale)

Cognome _____ Nome _____

- Specializzazioni universitarie o borse di studio o di ricerca** relative alla facoltà di _____ 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 _____
Presso l'Università di _____
Facoltà di _____
Periodo _____

- Esperienze professionali / titoli di servizio successivi al 1° novembre 2007:**

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: ufficio commerciale per servizio clienti area distribuzione o produzione farmaceutica
 ufficio commerciale per servizio clienti settori vari
 ufficio commerciale, no servizio clienti

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: ufficio commerciale per servizio clienti area distribuzione o produzione farmaceutica
 ufficio commerciale per servizio clienti settori vari
 ufficio commerciale, no servizio clienti

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: ufficio commerciale per servizio clienti area distribuzione o produzione farmaceutica
 ufficio commerciale per servizio clienti settori vari
 ufficio commerciale, no servizio clienti

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: ufficio commerciale per servizio clienti area distribuzione o produzione farmaceutica
 ufficio commerciale per servizio clienti settori vari
 ufficio commerciale, no servizio clienti

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: ufficio commerciale per servizio clienti area distribuzione
o produzione farmaceutica
 ufficio commerciale per servizio clienti settori vari
 ufficio commerciale, no servizio clienti

... Datore di lavoro _____
Città _____ Indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattasi di: ufficio commerciale per servizio clienti area distribuzione
o produzione farmaceutica
 ufficio commerciale per servizio clienti settori vari
 ufficio commerciale, no servizio clienti

... Datore di lavoro _____
Città _____ Indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattasi di: ufficio commerciale per servizio clienti area distribuzione
o produzione farmaceutica
 ufficio commerciale per servizio clienti settori vari
 ufficio commerciale, no servizio clienti

... Datore di lavoro _____
Città _____ Indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattasi di: ufficio commerciale per servizio clienti area distribuzione
o produzione farmaceutica
 ufficio commerciale per servizio clienti settori vari
 ufficio commerciale, no servizio clienti

(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 _____

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)**