

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, indetta da Farmacie Comunali F.V.G. S.p.A., per l'assunzione di n° 1 farmacista collaboratore 1° livello CCNL Farmacie Municipalizzate, con contratto a tempo determinato di mesi 18 e a tempo pieno, 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, pubblicato da Farmacie Comunali F.V.G. S.p.A., di selezione per l'assunzione a tempo pieno e determinato per mesi 18 di un farmacista collaboratore 1° livello CCNL Farmacie Municipalizzate;
- 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 _____
Presso l'Università di _____

Cognome _____ Nome _____

Facoltà di _____
Periodo _____

2. Materia _____
Presso l'Università di _____
Facoltà di _____
Periodo _____

Esperienze professionali / titoli di servizio successivi al 1° gennaio 2007:

1. Datore di lavoro _____
Città _____ Indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattarsi di: farmacia comunale
 farmacia privata
 altro (università, servizio ospedaliero, industria)
specificare _____

2. Datore di lavoro _____
Città _____ Indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattarsi di: farmacia comunale
 farmacia privata
 altro (università, servizio ospedaliero, industria)
specificare _____

3. Datore di lavoro _____
Città _____ Indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattarsi di: farmacia comunale
 farmacia privata
 altro (università, servizio ospedaliero, industria)
specificare _____

4. Datore di lavoro _____
Città _____ Indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattarsi di: farmacia comunale
 farmacia privata
 altro (università, servizio ospedaliero, industria)
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 (università, servizio ospedaliero, industria)
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 (università, servizio ospedaliero, industria)
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 (università, servizio ospedaliero, industria)
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 (università, servizio ospedaliero, industria)
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 (indicare esclusivamente quelli di durata non inferiore alle 8 ore):

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° _____

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

Attestato di frequenza: allegato non allegato

Cognome _____ Nome _____

.... 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)

Conoscenza software gestionale di farmacia

▪ 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)**