**AZIENDA FARMASOCIOSANITARIA CAPITOLINA – FARMACAP**

**AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA, PER TITOLI ED ESAMI,**

**PER LA COSTITUZIONE DI UNA GRADUATORIA DA UTILIZZARE PER L'ASSUNZIONE DI FARMACISTI COLLABORATORI**

**SCHEDA DI SERVIZIO**

redatta ai sensi del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo mail PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e consapevole altresì che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione la scrivente Impresa decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata

* + di essere in possesso del seguente titolo:

diploma di laurea in Farmacia oppure in Chimica e Tecnologia Farmaceutica (indicando ateneo, anno di conseguimento, votazione)

* + di essere in possesso del seguente titolo:

II° laurea in materia attinente all’attività oggetto della selezione (indicando ateneo, anno di conseguimento, votazione)

* + di essere in possesso dei seguenti titoli post laurea (indicando istituito, anno di conseguimento, votazione)

a) specializzazione in materia attinente all’attività oggetto della selezione

b) master in materia attinente all’attività oggetto della selezione

c) scuola di perfezionamento annuale o semestrale

* + di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio

Collaboratore di farmacia (indicare un unico periodo complessivo di serviziocalcolato come somma dei singoli servizi prestati)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anni | Mesi | Giorni |
|  |  |  |

Direttore di farmacia (indicare un unico periodo complessivo di serviziocalcolato come somma dei singoli servizi prestati)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anni | Mesi | Giorni |
|  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma leggibile e per esteso)

La firma autografa deve essere accompagnata dalla fotocopia di un documento di identità (in corso di validità) del dichiarante