

**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**

**SCHEMA 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 aver prestato \_\_\_\_\_ anni (contare come anno anche la frazione d'anno superiore ai sei mesi) di servizio come Collaboratore di farmacia(indicare la sede ove è stata effettuata la prestazione lavorativa, le date di inizio e fine dei singoli periodi ed i relativi inquadramenti)
- di aver prestato \_\_\_\_\_ anni (contare come anno anche la frazione d'anno superiore ai sei mesi) di servizio come Direttore di farmacia (indicare la sede ove è stata effettuata la prestazione lavorativa, le date di inizio e fine dei singoli periodi ed i relativi inquadramenti)

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile e per esteso)

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