**AZIENDA FARMASOCIOSANITARIA CAPITOLINA – FARMACAP**

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

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

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

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 il sottoscritto decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata

o di essere in possesso del seguente diploma di formazione secondaria superiore

o di essere in possesso dei seguenti titoli

o di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio (per ciascun ambito di esperienza indicare un unico periodo complessivo di servizio calcolato come somma dei singoli servizi prestati)

esperienza di vendita in farmacia e parafarmacia

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

esperienza di vendita in profumeria

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

esperienza come gestore/operatore del magazzino di farmacia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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