

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: TITOLI DI STUDIO E STATO DI SERVIZIO – ALLEGATO B –

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

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____

residente in _____ via _____ n. _____ CAP _____

ZONA QUARTIERE DOMICILIO E NUMERO MUNICIPIO _____ - (ESEMPIO: EUR X MUNICIPIO),

codice fiscale _____ indirizzo e-mail _____

telefono _____ indirizzo mail PEC _____

iscrizione albo ordine dei farmacisti data _____ n. iscrizione _____

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

TITOLI DI STUDIO:

- ☐ 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

**INDICARE TITOLO LAUREA OLTRE LA PRIMA PREVISTA DAL BANDO E L'ANNO DI
CONSEGUIMENTO**

-
-
- di essere in possesso dei seguenti titoli post-laurea

INDICARE SOTTO LA PARTE RELATIVA ALLA TIPOLOGIA DEL TITOLO POST-LAUREAM, LA DENOMINAZIONE DEL CORSO DEL TITOLO DI STUDIO POST-LAUREA, LA DURATA IN ANNI/MESI E L'ANNO DI CONSEGUIMENTO:

- a) specializzazione in materia attinente all'attività oggetto della selezione durata non inferiore a 4 anni.
-
-

- b) master I – LIVELLO in materia attinente all'attività oggetto della selezione, durata non inferiore a 1 anno
-
-

- c) master II LIVELLO in materia attinente all'attività oggetto della selezione, durata non inferiore ad un anno
-
-

STATO DI SERVIZIO:

- di aver prestato totale anni e mesi (INSERIE TOTALE CARRIERA) _____ 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) –

- SPECIFICARE SE IN PARAFARMACIA
-
-
-

-
-
- di aver prestato totale anni e mesi (INSERIE TOTALE CARRIERA DIRETTORE) _____ 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)
-
-
-
-

Informativa e autorizzazione al trattamento dei dati personali (GDPR)

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali contenuta nel bando di concorso. Ai sensi dell'**art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)** e del **D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.**, esprime il proprio consenso esplicito e autorizza il trattamento dei dati personali, anche particolari, forniti all'atto di iscrizione, esclusivamente per le finalità connesse all'espletamento della presente procedura concorsuale e per l'eventuale successiva instaurazione del rapporto di lavoro.

Data _____

Firma del candidato _____

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