**Allegato B**

**Azienda Speciale Farmacia Multiservizi Comunale Bresso**

**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 servizio calcolato come somma dei singoli servizi prestati)

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

Direttore di farmacia (indicare un unico periodo complessivo di servizio calcolato 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