

ALLEGATO "B"

TITOLI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
(cognome e nome - STAMPATELLO)

consapevole delle sanzioni penali e delle conseguenze di decadenza dai benefici conseguiti, nel caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto propria personale responsabilità, ai sensi del D.P.R. n°445/00,

DICHIARA

ai fini della valutazione dei titoli professionali:

O di aver conseguito la **laurea** quantomeno triennale di primo livello in _____ presso l'Università _____ il giorno _____

O di aver conseguito **attestato del Corso di Coadiutore di Farmacia** presso _____ di _____ il giorno _____

O di aver prestato (o di prestare) servizio con rapporto di lavoro subordinato, con mansioni di coadiutore di farmacia presso (indicare la ragione sociale completa di Partita Iva e il periodo di occupazione):

1. _____
Dal _____ Al _____

2. _____
Dal _____ Al _____

3. _____
Dal _____ Al _____

Data _____

Firma _____

Il presente ALLEGATO B va consegnato inderogabilmente unito all'ALLEGATO A all'atto della domanda.
