

Spett.le Afam S.p.A.
Piazza E. Giacomini, 30
06034 FOLIGNO (PG)

DICHIARAZIONE DEI TITOLI POSSEDUTI

Il/La sottoscritto/a Cognome _____

Nome _____

nato/a a _____ il ____/____/____

Cod. Fiscale _____

ai fini della partecipazione alla “*Avviso pubblico di selezione per prova orale e titoli per la copertura di un posto a tempo pieno e indeterminato per impiegato da inquadrare al quinto livello del vigente C.C.N.L. per i dipendenti di Aziende associate ad A.S.SO.FARM. (principali mansioni del profilo: commesso/a di farmacia, commesso/a di magazzino, video-terminalista) e per la formazione di una graduatoria da cui attingere, in ordine di merito, in caso di rinuncia o eventuale mancato superamento del periodo di prova o di necessità di procedere a nuove assunzioni a tempo determinato o indeterminato, con orario a tempo pieno o parziale.*”
indetta da Afam S.p.A.,

sotto la propria diretta responsabilità, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, ai sensi degli artt. 47 e 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

A- di possedere le seguenti **esperienze professionali specifiche**¹:

Esperienza professionale come commesso di farmacia o commesso di magazzino in farmacie pubbliche o private o in parafarmacie con contratto di lavoro subordinato

1. dal _____ al _____

presso²: _____

con mansione di _____

2. dal _____ al _____

¹ Le esperienze professionali specifiche, per essere valutate con l'attribuzione di un punteggio, **dovranno essere comprovate con idonea documentazione da allegare alla dichiarazione** (ad esempio, copia del contratto di lavoro con indicazione della relativa qualifica e mansione). Qualora i periodi richiesti siano stati prestati presso lo stesso datore di lavoro, si può compilare un'unica voce.

² Inserire il nome del datore di lavoro con l'indirizzo completo.

presso³: _____

con mansione di _____

3. dal _____ al _____

presso⁴: _____

con mansione di _____

4. dal _____ al _____

presso⁵: _____

con mansione di _____ ⁶

B- frequenza di **corsi professionali specifici** per commesso di farmacia o di magazzino o operatore farmaCUP

1. dal _____ al _____

presso⁷: _____

Titolo del corso:

Principali argomenti trattati: _____

Titolo conseguito⁸: _____

Data conseguimento: _____

³ Inserire il nome del datore di lavoro con l'indirizzo completo.

⁴ Inserire il nome del datore di lavoro con l'indirizzo completo.

⁵ Inserire il nome del datore di lavoro con l'indirizzo completo.

⁶ Se lo spazio per l'indicazione delle esperienze lavorative specifiche non dovesse essere sufficiente si potrà aggiungere una pagina.

⁷ Inserire il nome dell'organizzatore con l'indirizzo completo.

⁸ Titolo conseguito, data conseguimento e votazione sono requisiti eventuali, la cui mancanza non impedisce la valutazione, se al termine del corso è stato rilasciato un attestato di frequenza e partecipazione.

Votazione: _____

2. dal _____ al _____

presso⁹: _____

Titolo del corso:

Principali argomenti trattati: _____

Titolo conseguito¹⁰:

Data conseguimento: _____

Votazione: _____

Si allega la seguente documentazione a comprova:

_____, li _____

Firma autografa leggibile ai sensi del D.P.R. 445/2000¹¹

⁹ Inserire il nome dell'organizzatore con l'indirizzo completo.

¹⁰ Titolo conseguito, data conseguimento e votazione sono requisiti eventuali, la cui mancanza non impedisce la valutazione, se al termine del corso è stato rilasciato un attestato di frequenza e partecipazione.

¹¹ **La mancata sottoscrizione comporta l'impossibilità di attribuire un punteggio ai titoli dichiarati. In caso di invio a mezzo PEC la sottoscrizione potrà essere effettuata con firma elettronica.**