

Spett.le
FARMACIE COMUNALI S.r.l.
Via Umberto I°, 736
63821 PORTO SANT'ELPIDIO (FM)

Il/La sottoscritto/a _____ C.F.: _____
nato/a il ____ / ____ / _____ a _____ (prov.: _____) e
residente a _____ (prov.: _____), in Via
_____ n. _____,

in relazione alla "domanda di ammissione selezione pubblica per titoli ed esami finalizzato alla
assunzione di nr. 1 impiegato amministrativo/contabile con contratto di lavoro a tempo
indeterminato e a tempo pieno – livello professionale II° del CCNL per i dipendenti da farmacia
privata"

DICHIARA

di essere sotto la propria responsabilità, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà
punito/a ai sensi del codice penale secondo quanto previsto dall'art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000
n. 445 e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto delle
dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla
base della dichiarazione non veritiera:

☐ **ai fini dell'attribuzione del punteggio previsto all'art. 8, punti 1),** di aver svolto il seguente
dottorato di ricerca/master:

presso _____
_____ in data ____ / ____ / _____

☐ **ai fini dell'attribuzione del punteggio previsto all'art. 8, punti 2) e 3),** di aver conseguito il seguente
titolo di studio:

presso _____
_____ in data ____ / ____ / _____

equipollente al seguente titolo di studio: _____

provvedimento che stabilisce l'equipollenza: _____

ALLEGATO B

☐ **ai fini dell'attribuzione del punteggio previsto all'art. 8, punti 5)**, di essere iscritto presso ☐ l'ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili ovvero ☐ l'ordine dei Consulenti del lavoro della provincia di:

_____ Nr. iscrizione _____

dalla data del ____ / ____ / _____

In fede.

(luogo e data)

(firma leggibile del candidato)