

**SELEZIONE PUBBLICA PER TITOLI ED ESAMI PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA PER ASSUNZIONI
A TEMPO DETERMINATO DI FARMACISTI COLLABORATORI INQUADRATI NEL PRIMO LIVELLO IMPIEGATI
DEL C.C.N.L. ASSOFARM**

AUTOCERTIFICAZIONE ISCRIZIONE ALBO PROFESSIONALE

Io sottoscritt _____
nat _____ a _____ () il _____, residente in _____ (),
Via _____ n. _____, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76
D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in materia di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARO

- di aver conseguito l'abilitazione di Stato all'esercizio della professione di farmacista il _____
presso _____;
- di essere iscritt _____ all'Albo Professionale dei Farmacisti della Provincia di _____ dal
_____ al numero _____.

Dichiaro altresì di essere informato, ai sensi dell'art. 13 T.U. 30/06/2003 n. 196, che i dati sopra indicati
verranno utilizzati da Farmacie Comunali Riunite S.p.A. per le finalità connesse alla gestione della presente
selezione pubblica, anche mediante l'utilizzo di strumenti informatici.

_____ (luogo e data)

_____ (firma leggibile)