

**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.**