

**Allegato B**

**AUTOCERTIFICAZIONE ESPERIENZA LAVORATIVA**

Io Sottoscritto/a .....

Nato/a..... il .....

Residente a ..... CAP..... Prov. ....

Via ..... n. .... Telefono.....

e-mail ..... P.E.C.....

**Dichiaro**

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000 e ss.mm.ii di aver prestato servizio con la qualifica di Farmacista presso la/e seguente/i farmacia/e:

DENOMINAZIONE FARMACIA	DURATA DEL SERVIZIO	
	dal	al

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_