

## ALLEGATO B

### **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE e/o DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

...l...sottoscritt... dr. ....  
nat...a .....il.....residente in  
.....consapevole secondo  
quanto prescritto dall'art. 76 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000, della  
responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed  
uso di atti falsi, dichiara sotto la propria responsabilità, quanto segue:

Esemplificazioni:

di avere conseguito il seguente titolo di studio:  
.....presso.....

.....in data .....

di avere conseguito il diploma di specializzazione in  
.....presso.....

.....in data.....;

di essere iscritto a partire dal terzo anno del corso di formazione specialistica in  
.....presso.....

ai sensi dell'art. 1 commi 547-548 della Legge n. 145 del 30 dicembre 2018 e ss.mm.ii.

di essere iscritt.. all'albo dell'Ordine provinciale dei Farmacisti della Provincia di  
..... dal ..... numero di iscrizione .....

di avere prestato i seguenti servizi alle dipendenze di pubbliche amministrazioni:

ente.....

dal.....al.....profilo professionale .....

.....disciplina.....

tempo ..... (pieno/ridotto);

ente.....

dal.....al.....profilo professionale .....

.....disciplina.....

tempo ..... (pieno/ridotto);

ente.....

dal.....al.....profilo professionale .....

.....disciplina.....

tempo ..... (pieno/ridotto);

di avere fruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni:

dal ..... al ..... per ..... (tipologia);

dal ..... al ..... per ..... (tipologia);

