

Allegato A– tabella titoli  
 Dati anagrafici

Nome	
Cognome	
Luogo di nascita	
Data di nascita	
Titolo di studio	
Voto di laurea	
Altri titoli di studio	

**Esperienze di lavoro in qualità di farmacista collaboratore o direttore o titolare di farmacia della durata uguale o superiore a tre mesi.**

(nel campo “Totale ore sett. Contratto a tempo pieno” indicare l’orario contrattualmente previsto per il tempo pieno nel CCNL utilizzato. Barrare se Farmacia (F) o Parafarmacia (P))

Datore e luogo di lavoro	dal	al	Numero ore settimanali lavorate	Totale ore settim. Contratto a tempo pieno
Farmacia o Parafarmacia (F/P) F ( )      P ( )				

Datore e luogo di lavoro	dal	al	Numero ore settimanali lavorate	Totale ore settim. Contratto a tempo pieno
Farmacia o Parafarmacia (F/P) F ( )      P ( )				

Datore e luogo di lavoro	dal	al	Numero ore settimanali lavorate	Totale ore settiman. Contratto a tempo pieno
Farmacia o Parafarmacia (F/P) F ( ) P ( )				

Datore e luogo di lavoro	dal	al	Numero ore settimanali lavorate	Totale ore settiman. Contratto a tempo pieno
Farmacia o Parafarmacia (F/P) F ( ) P ( )				

Datore e luogo di lavoro	dal	al	Numero ore settimanali lavorate	Totale ore settiman. Contratto a tempo pieno
Farmacia o Parafarmacia (F/P) F ( ) P ( )				

Datore e luogo di lavoro	dal	al	Numero ore settimanali lavorate	Totale ore settiman. Contratto a tempo pieno
Farmacia o Parafarmacia (F/P) F ( ) P ( )				

..... li .....

Firma leggibile .....