



				dal 
				al 
				dal 
				al 

**NOTE:** (1) *Precisare: se il rapporto di lavoro è a tempo determinato o a tempo indeterminato; se è a tempo pieno o a tempo parziale e, se a tempo parziale, indicare se trattasi di p/time orizzontale, verticale o misto.*  
(2) *Il numero delle ore settimanali di lavoro devono essere dedotte dal contratto individuale di lavoro.*  
(3) *La tipologia di incarico superiore è data dalla specifica qualifica superiore e dal relativo livello contrattuale.*

**AVVERTENZE:** - scrivere stampatello ed in forma leggibile;  
- gli spazi lasciati in bianco devono essere barrati;  
- per la validità della presente autocertificazione è necessario allegare la fotocopia di un documento di riconoscimento.

Io sottoscritto **DICHIARO**, infine, di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del T.U. 30/06/03 n. 196, che i dati sopra indicati verranno utilizzati da FarmaciaTerni – S.r.l. per le finalità connesse alla gestione della selezione, anche mediante l'utilizzo di strumenti informatici.

Data .....

Firma .....