



Master Executive in COACHING X PHARMACIST

Domanda di partecipazione alla selezione

(da inviare a mezzo PEC ad ordinefarmacistipa@pec.fofi.it)

La/il sottoscritta/o Dott.ssa/ Dott. _____

data di nascita _____

residente a _____,

data di laurea _____

voto di laurea _____

posizione lavorativa* _____

(*Indicare la posizione lavorativa dalla laurea alla data della domanda)

| Sede | Dal (giorno/mese/anno) | Al (giorno/mese/anno) |
|-----------------|---------------------------|--------------------------|
| Farmacia rurale | | |
| Farmacia urbana | | |
| Altro | | |

CHIEDE

di partecipare alla selezione per l'ammissione al Master Executive in COACHING X PHARMACIST di durata biennale,

ed invia in allegato alla presente il necessario *Curriculum vitae* professionale, nonché:

attestato di partecipazione ad un corso con contenuti analoghi a quelli di cui all'allegato 1

altro _____

Con la sottoscrizione della presente si dichiara:

- **di aver preso visione del Bando del Master Executive in COACHING X PHARMACIST;**
- di essere consapevole che quanto dichiarato sarà sottoposto ai controlli previsti dalla normativa vigente;
- di essere consapevole delle sanzioni penali cui si può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000.

(luogo e data)

(firma)