

Cognome _____ Nome _____

DOMANDA di ammissione alla selezione (da redigersi in carta semplice)

NOTE PER LA COMPILAZIONE: integrare il presente modulo in tutte le sue parti in stampatello o a macchina; barrare le caselle di interesse, sottoscrivere ed allegare copia fotostatica di un documento di riconoscimento.

- Spett.le
FARMACIE COMUNALI F.V.G. S.P.A.
VIA GABELLI, 4
33080 PORCIA (PN)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

nato/a a _____ (____) il _____
(gg/mm/aa)

residente nel Comune di _____ (____)

in Via _____ n. _____

Cap _____ tel. _____

Telefono _____ Cellulare _____

Indirizzo e-mail PEC: _____

Indirizzo e-mail non certificata _____

Codice Fiscale _____

In possesso di patente di guida: SI tipo _____ NO

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione per la assunzione di n° 1 farmacista collaboratore 1° livello CCNL Farmacie Municipalizzate, con contratto a tempo determinato di mesi 18 e a tempo pieno per le Farmacie gestite dalla Società Farmacie Comunali F.V.G. S.p.A..

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

1. *Cittadinanza:*

- di essere cittadino italiano o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea (specificare quale _____) e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

2. *Liste elettorali:*

- di essere iscritto alle liste elettorali e nel godimento dei diritti civili;
- di non essere iscritto alle liste elettorali per i seguenti motivi (indicare quali _____);

3. *Condanne e procedimenti penali:*

- di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
- di avere riportato condanne penali passate in giudicato per le seguenti fattispecie di reato _____;
- di avere i seguenti procedimenti penali in corso _____
_____;

4. *Laurea:*

di aver conseguito la laurea in:

- Farmacia;
- Chimica e Tecnologia Farmaceutica presso l'Università di _____
in data _____ con la votazione (dato utile ai fini della valutazione dei titoli) _____;

5. *Abilitazione:*

- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di Farmacista nell'anno _____ presso l'Università di _____

6. *Iscrizione all'Albo professionale dei Farmacisti:*

- di essere iscritto all'Albo della provincia di _____
dal _____ n. _____;
- di non essere iscritto all'Albo dei Farmacisti;

7. *Idoneità fisica :*

- di avere idoneità fisica senza alcuna limitazione alla mansione di farmacista collaboratore anche con espresso riferimento alle prestazioni di lavoro notturno.

8. *Conoscenza dell'uso delle apparecchiature informatiche e delle seguenti applicazioni informatiche :*

- _____ .

DICHIARA INOLTRE

Cognome _____ Nome _____

- che tutte le dichiarazioni rese sono documentabili.
- di accettare tutte le indicazioni contenute nell'avviso di selezione e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali finalizzato alla gestione della procedura di selezione e degli adempimenti conseguenti;
- di avere preso visione, in particolare, dell'avvertenza contenuta nell'avviso di selezione che la **data, ora** e la **sede** del colloquio orale nonché **la graduatoria finale di merito** saranno comunicate esclusivamente mediante pubblicazione sul sito web di Farmacie Comunali F.V.G. S.p.A. e che tale pubblicazione avrà valore di notifica ad ogni effetto di legge.

SI ALLEGANO

- **Curriculum vitae personale in forma libera**
- **Dichiarazione sostitutiva di possesso di TITOLI DI STUDIO ED ESPERIENZE PROFESSIONALI ai fini dell'assegnazione del punteggio previsto**
- Fotocopia del documento di riconoscimento _____ n. _____
(indicare il tipo)
rilasciato il _____ da _____
e in corso di validità.

Luogo e data _____

Firma

(autenticata ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000
mediante produzione di copia fotostatica di
documento di riconoscimento)