

All'Azienda Carpenedolo Servizi Srl
C/to Farmacia Comunale
Via XX Settembre 201F
25013 Carpenedolo (BS)
info@farmaciacomunalecarpenedolo.it
18669@pec2.federfarma.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER L'ASSUNZIONE DI UN "FARMACISTA COLLABORATORE" A TEMPO DETERMINATO (DURATA N.12 MESI), CON POSSIBILE ESTENSIONE A TEMPO INDETERMINATO, PER N. 32/40 ORE SETTIMANALI.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
Codice fiscale _____ stato civile _____
Residente a _____ in via _____
n. _____ telefono _____ cellulare _____
indirizzo di posta elettronica _____

presa visione del bando di selezione pubblica indetta da questa Azienda

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione pubblica per l'assunzione di n. 1 "farmacista collaboratore" 1° livello del CCNL di categoria.

A tal fine - ai sensi degli artt. 46 e 47 del T.U. n. 445 del 28.12.2000 - consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato T.U. per le ipotesi di falsità in atti ed in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità (barrare le caselle che interessano)

DICHIARA

- di essere cittadino/a italiano/a;
- di essere cittadino/a di uno degli Stati Membri dell'Unione Europea, di godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza o di provenienza (specificare) _____
- di essere cittadino/a extracomunitario e, di godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza o di provenienza (specificare) _____
- di avere adeguata conoscenza della lingua italiana scritta e parlata (per i cittadini degli Stati Membri dell'Unione Europea e per i cittadini extracomunitari);
- di non avere adeguata conoscenza della lingua italiana scritta e parlata (per i cittadini degli Stati Membri dell'Unione Europea e per i cittadini extracomunitari);
- di non aver mai riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso, oppure
- Di aver subito le seguenti condanne penali: _____

- Di avere i seguenti procedimenti penali in corso: _____

- di non essere escluso/a dall'elettorato politico attivo;
- di non essere escluso/a dal godimento dei diritti civili;
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____
- di non essere iscritto nelle liste elettorali per _____
- di non essere stati (destituiti o dispensati dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione/Società privata per persistente insufficiente rendimento o licenziati a seguito di procedimento disciplinare, ovvero siano stati dichiarati decaduti per aver prodotto documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile
- di essere in regola per quanto attiene al servizio militare o civile sostitutivo, secondo le leggi dello Stato di appartenenza;
- di essere abilitato all'esercizio della professione di farmacista;
- di essere iscritto all'Albo dei Farmacisti di _____ n. _____ in data _____
- di essere in possesso dell'idoneità fisica allo svolgimento delle mansioni specifiche relative al posto da ricoprire;
- di essere portatore/trice di handicap e di chiedere, ai sensi dell'art. 20 della Legge 5.2.1992 11.104, il seguente ausilio necessario per l'espletamento delle prove:
- di essere in possesso di patente di guida categoria B e di essere automunito/a;
- di essere a conoscenza sull'uso delle apparecchiature e delle applicazioni informatiche più diffuse;
- di essere disponibile alle prestazioni lavorative nelle giornate di sabato, ed in base ai turni di servizio anche quelle festive e/o notturne
- di voler ricevere le comunicazioni al seguente indirizzo:
di posta elettronica _____
oppure al seguente
indirizzo _____
- e si impegna a comunicare ogni variazione che dovesse successivamente intervenire;
- di accettare tutte le condizioni contenute nel bando di selezione

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Il sottoscritto/a, ricevuta l'informativa dovuta e contenuta nel bando di selezione:

- consente
- non consente

il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) e nelle forme previste dall'avviso di selezione.

Data _____

(firma) _____

(Firma autografa non autenticata)

La firma è obbligatoria pena la nullità della domanda. Allegare copia non autenticata di un documento di identità

ELENCO DEI DOCUMENTI PRESENTATI

Il/La sottoscritto/a _____

dichiara di allegare alla domanda di partecipazione alla selezione per l'assunzione di n. 1 "farmacista collaboratore" i seguenti documenti:

- a) copia del titolo di studio richiesto;
- b) copia del certificato di abilitazione alla professione;
- c) copia iscrizione all'Albo professionale dei farmacisti;
- d) Curriculum vitae, datato e sottoscritto dal candidato contenente fotografia, indicazione del percorso di studi, eventuali corsi di specializzazione e formazione completati nonché indicazione delle esperienze lavorative maturate;
- e) fotocopia fronte-retro della carta di identità in corso di validità;
- f) altro (indicare):

Data _____

(firma) _____

(Firma autografa non autenticata)