

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE AD EVIDENZA PUBBLICA PER TITOLI ED ESAMI PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA DA CUI ATTINGERE PER L'ASSUNZIONE DI UN FARMACISTA O PIU' FARMACISTI COLLABORATORE FULL-TIME A TEMPO INDETERMINATO "1° LIVELLO"

Spett.le
Società Azienda Farmaceutica Municipale s.r.l.
c/o lo Studio Melegari
via Cairoli n. 45,
26041 Casalmaggiore (Cr)

Il /La sottoscritto/a.....
Codice fiscale.....

CHIEDE

Di essere ammesso/a a partecipare alla SELEZIONE AD EVIDENZA PUBBLICA PER TITOLI ED ESAMI PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA DA CUI ATTINGERE PER L'ASSUNZIONE DI UN FARMACISTA O PIU' FARMACISTI COLLABORATORE FULL-TIME TEMPO INDETERMINATO "1° LIVELLO"

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni civili e penali previste dall'art.76 del citato D.P.R. in cui incorrerebbe in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di essere nato/a il.....a.....

Di avere la residenza nel Comune di
In Via/Piazza.....n.....
CAP.....TELEFONO.....
e-mail.....

Di essere nato/a il.....a.....

Di essere domiciliato nel comune di
In Via/Piazza.....n.....
CAP.....TELEFONO.....
e-mail.....

Di essere in possesso della cittadinanza italiana, oppure di essere nella seguente condizione prescritta dall'art.38 del D.Lgs. 165/2001.....

Per i cittadini italiani, di avere regolare posizione nei confronti degli obblighi di leva e degli obblighi di servizio militare o di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari.....

Di godere dei diritti civili e politici;

(nel caso di candidati di Stati diversi dall'Italia) di godere dei diritti civili e politici nel seguente stato di appartenenza.....

Per i cittadini italiani, di avere regolare posizione nei confronti degli obblighi di leva e degli obblighi di servizio militare o di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari.....

Di godere dei diritti politici e civili;

(Nel caso di candidati di Stati diversi dall'Italia), di godere dei diritti civili e politici nel seguente stato di appartenenza:.....

Di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di
(ovvero i motivi di non iscrizione ovvero di cancellazione dalle liste elettorali).....

Di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;

Di non essere stato interdetto, di non aver subito provvedimenti di prevenzione o altre misure che escludono l'accesso ai pubblici impieghi, nonché di non aver procedimenti in corso per reati che costituiscono causa di esclusione dal pubblico impiego;

Di non essere stato licenziato, dispensato e/o destituito dall'impiego presso una pubblica amministrazione;

Di essere di sana e robusta costituzione fisica ed esente da difetti fisici e psichici che diminuiscano le attitudini alle funzioni inerenti il servizio, compreso il notturno;

Di avere buona conoscenza della lingua italiana parlata e scritta;

ai fini dell'accertamento della conoscenza della lingua straniera, previsto nell'ambito della prova orale, di scegliere la seguente (effettuare la scelta tra lingua inglese, lingua francese, lingua tedesca e lingua spagnolo):.....;

Di essere in possesso del seguente titolo di studio:

1)
Conseguito presso.....
In data Votazione.....;

2)
Conseguito presso.....
In data Votazione.....;

3)
Conseguito presso.....
In data Votazione.....;

(nel caso di candidati di Stati diversi dall'Italia) che gli estremi del Decreto Ministeriale con il quale è stata riconosciuta l'idoneità del titolo di studio posseduto, conseguito all'estero sono i seguenti:

.....
.....

Di essere iscritto all'Albo Professionale dei Farmacisti della Provincia di.....
Al N°..... dal.....

Di essere abilitato all'esercizio della professione:
Istituto.....
Anno di conseguimento.....

Di avere buone competenze nell'uso delle apparecchiature e delle applicazioni informatiche più diffuse;

Di aver svolto la professione di Farmacista:

-con qualifica di
.....
presso.....nel
periodo dal.....al.....

-con qualifica di
.....
presso.....nel
periodo dal.....al.....

-con qualifica di
.....
presso.....nel
periodo dal.....al.....

Di accettare senza alcuna riserva le condizioni dell'Avviso di selezione ad evidenza pubblica e le norme nello stesso richiamate;

Di essere consapevole della veridicità di quanto asserito nella domanda e di essere a conoscenza delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR 445/2000;

Di autorizzare l'Azienda Farmaceutica Municipale s.r.l. ed il Comune di Casalmaggiore al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003, ai soli fini inerenti le procedure concorsuali;

Di autorizzare l'Azienda Farmaceutica Municipale s.r.l. alla pubblicazione sul sito WEB del Comune di Casalmaggiore alla pubblicazione del nominativo del sottoscritto candidato, nel caso in cui sia ammesso alla prova preselettiva o alla prova selettiva, o faccia parte della graduatoria finale o dell'elenco dei candidati non ammessi o esclusi dalla preselezione o selezione;

Di possedere tutti i requisiti previsti nell'avviso di selezione ad evidenza pubblica nessuno escluso;

Di essere consapevole che l'elenco dei candidati ammessi, la data, l'ora e il luogo della prova selettiva, saranno pubblicati sul sito WEB dell'Azienda [http:// http://www.afmcasalmaggiore.it/](http://www.afmcasalmaggiore.it/) e del Comune

di Casalmaggiore www.comune.casalmaggiore.cr.it – sezione bandi e concorsi, e che tale pubblicazione ha valore di notifica a tutti gli effetti, senza ulteriore obbligo di comunicazione da parte dell' Azienda Farmaceutica Municipale s.r.l.;

Che il numero di telefono, presso cui effettuare eventuali comunicazioni relative alla selezione ad evidenza pubblica e al quale reperire il sottoscritto in qualsiasi momento, è il seguente.....

Che l'indirizzo e-mail, presso cui effettuare eventuali comunicazioni relative alle selezione è il seguente:.....;

Che il recapito, presso cui effettuare eventuali comunicazioni relative alle selezione è il seguente:.....;

Luogo e data

Firma del candidato

.....
(per esteso e leggibile)

Allegati:

1. curriculum formativo/professionale (debitamente sottoscritto), formato europeo conforme al modello scaricabile dal sito: <https://europass.cedefop.europa.eu> in cui siano riportati i titoli posseduti ed i servizi prestati;
2. copia del titolo di studio richiesto;
3. copia del certificato di abilitazione alla professione;
4. copia dell'iscrizione all'Albo professionale dei farmacisti;
5. copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.