

**Domanda (in carta semplice) - Si prega di scrivere in stampatello ed in maniera chiara leggibile.**

Al Consiglio Interprovinciale dell'Ordine  
dei Farmacisti di Cagliari –  
Carbonia Iglesias –Medio Campidano  
Via Alghero, 29  
09127 Cagliari

Il/La sottoscritto/a ..... nato a ..... il .....  
residente a ..... in Via .....  
C.F. .... recapito telefonico .....  
Email ..... PEC .....

### **CHIEDE**

Di essere ammesso/a al Concorso Pubblico, per esami, ad un posto di impiegato Area B, Livello B3, a tempo pieno e indeterminato (36 ore settimanali).

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, e in particolare delle sanzioni penali previste per le ipotesi di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000,

### **A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI NONCHE' A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA', DICHIARA**

- di essere nato/a ..... (Prov. ....) il .....
- di essere residente a ..... (Prov. ....) in Via .....
- di essere cittadino/a italiano/a ovvero di uno degli Stati membri dell'Unione Europea e di avere godimento dei diritti politici;
- di godere dei diritti civili nello Stato di appartenenza o di provenienza, ovvero di non godere di tali diritti per i seguenti motivi .....
- di non aver riportato condanne penali

**OVVERO** di aver riportato le seguenti condanne penali, nonché di avere a proprio carico i seguenti procedimenti penali in corso (specificare)

.....

- di essere in possesso del seguente diploma di scuola media secondaria di secondo grado  
 ..... conseguito il ..... presso ..... punteggio  
 .....
- di non essere stato/a destituito/a dispensato/a dall'impiego presso una pubblica amministrazione  
 (se cittadino/a di uno degli Stati membri dell'Unione Europea) di possedere adeguata conoscenza  
 della lingua Italiana;
- di essere fisicamente idoneo all'impiego **OVVERO**  di essere portatore di handicap (ai sensi  
 dell'art.20 della Legge 104/192 indicare il tipo di ausilio speciale richiesto per lo svolgimento delle  
 prove d'esame, nonché i tempi necessari aggiuntivi); (1)
- di aver diritto, ai sensi dell'art. 5 del DPR 487/94 e s.m.i., ad usufruire di precedenza /preferenze  
 all'assunzione, in quanto  
 .....
- di autorizzare al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del D. lgs 196/2003 e s.m.i.

Dichiara, infine, di aver preso visione del relativo bando di concorso e di accettare tutte le condizioni in  
 esso stabilite.

Indicare il seguente recapito presso il quale deve, ad ogni effetto, essere inoltrata ogni comunicazione:

Sig ..... via ..... C.A.P. .... Comune  
 ..... Prov. .... tel ..... PEC .....

Indicare il metodo con cui si preferirebbe essere contattato:.....

**Allega alla presente domanda fotocopia (fronte e retro in carta semplice) di un proprio  
 documento di identità in corso di validità e la ricevuta del versamento per partecipazione al  
 concorso quale rimborso spese di segreteria di € 10,00 secondo gli estremi indicati nel bando.**

Data .....

Firma (2) .....

(1) Barrare la casella che interessa  
 (2) La firma non deve essere autenticata