ALLEGATO 2

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL PUBBLICO CONCORSO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA DI N. ..... POSTI DI "....."
(precisare il posto a cui si intende concorrere)
PRESSO FARMACIATERNI – S.R.L. UNIPERSONALE

Spett.le
FarmaciaTerni – S.r.l. unipersonale
Vico Politeama, 3
05100 T E R N I

(scrivere in carta libera ed in forma leggibile)

..... sottoscritt..... .....,
nat.... a .....il..... (Prov.....), residente a .....
(Prov. ....) in Via ..... n. ..... CAP .....
Telefono .....
Codice fiscale .....

E mail .....

Eventuale altro recapito per comunicazioni relative alla selezione:.....
.....

presa visione del bando di concorso per titoli ed esami indetto da "FarmaciaTerni – S.r.l. unipersonale" prot. n. ..... del.....

DICHIARA

che intende concorrere al concorso per n. ..... posti di "....."

CHIEDE

di essere ammess.... a parteciparvi e a tale scopo, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

quanto segue (**barrare le caselle che interessano e completare**):

- ☐ di essere cittadinan... italian....;
- ☐ di essere cittadin.... di uno degli Stati Membri dell'Unione Europea *(per i cittadini di altri Stati dell'Unione Europea*. Indicare *lo Stato di provenienza*) .....;
- ☐ di essere iscritt.... nelle liste elettorali del Comune di .....;
- ☐ di essere iscritt.... nelle liste elettorali nello Stato *(per i cittadini di altri Stati dell'Unione Europea)* .....;
- ☐ di non essere iscritt.... nelle liste elettorali o di esserne stato cancellato, per il seguente motivo:.....
  .....;
- ☐ di non aver riportato condanne penali;
- ☐ di aver riportato le seguenti condanne penali: .....
  .....
  .....;

- ☐ di non aver raggiunto il limite massimo di età o l'anzianità massima di servizio, previsti dalla vigente normativa per il collocamento in quiescenza;
- ☐ di essere in possesso della idoneità psico-fisica al servizio continuativo ed incondizionato nella mansioni proprie della qualifica di farmacista collaboratore;
- ☐ di non essere stat.... destituit.... da pubblico impiego e dispensat.... dal servizio per persistente insufficiente rendimento;
- ☐ di non essere stat.... dichiarat..... decadut..... dall'impiego presso aziende o società comunali per l'esercizio di farmacie o presso pubbliche amministrazioni;
- ☐ di essere in possesso della Laurea in ....conseguita presso l'Università degli Studi di ..... con votazione .....;
- ☐ di aver conseguito in data (sessione) ..... l'Abilitazione di Stato all'esercizio della professione di farmacista;
- ☐ di essere iscritt.... all'Albo Professionale presso all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di ..... dal .....al numero .....;
- ☐ di essere in possesso della seguente anzianità di lavoro prestato come appresso precisato

Ragione sociale dell'ente pubblico o della farmacia privata e relativa ubicazione della sede legale	Qualifica	Tipologia del servizio (lavoro dipendente, pratica professionale, ...)	Periodo
			dal
			al
			dal
			al
			dal
			al
			dal
			al
			dal
			al
			dal
			al

(qualora gli spazi non fossero sufficienti, fotocopiare la presente pagina e proseguire nella dichiarazione dei servizi maturati. La fotocopia, così redatta, dovrà essere datata e sottoscritta dal candidato per essere unita alla presente domanda)

- ☐ di conoscere i seguenti sistemi operativi per la gestione informatizzata della farmacia: ....;
- ☐ di conoscere i seguenti applicativi informatici di uso più diffuso (Word, Excel, Internet, Outlook): .....;
- ☐ di avere la seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari: .... (*per i soli uomini*);
- ☐ di essere in regola per quanto attiene al servizio militare o civile sostitutivo, secondo le leggi dello Stato di appartenenza e di avere la seguente posizione nei riguardi del servizio militare *(per i cittadini di altri Stati dell'Unione Europea)*: ....;
- ☐ di avere i seguenti procedimenti penali pendenti: ....;
- ☐ di essere in possesso dei seguenti titoli di preferenza e/o precedenza: ....;

- ☐ di essere portat..... di handicap e di chiedere, ai sensi dell'art. 20 della legge 05/02/92 n. 104, il seguente ausilio per l'espletamento della prova .....
.....e
dei seguenti tempi ulteriori per effettuare la prova medesima .....;
- ☐ eventuali note e precisazioni del.... candidat....:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

..... sottoscritt.... **allega** alla presente domanda i seguenti documenti in carta libera:

- ☐ Ricevuta relativa al versamento di euro 10,00 (euro dieci), per contributo spese concorsuali non rimborsabili;
- ☐ Copia fotostatica non autenticata di un documento di identità, ai sensi dell'art. 38 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445;
- ☐ Documentazione in originale o copia autenticata prevista dal presente bando per i candidati che aspirano ai posti riservati alle categorie di cui all'art. 1 delle Legge 68/1999.

..... sottoscritt.... allega, inoltre, alla presente domanda la seguente documentazione:

- ☐ .....;
- ☐ .....;
- ☐ .....;
- ☐ .....;
- ☐ .....;
- ☐ .....;
- ☐ .....;
- ☐ .....;
- ☐ .....;
- ☐ .....;
- ☐ .....;
- ☐ .....;
- ☐ .....;
- ☐ .....

..... sottoscritt.... **autorizza** la Società al trattamento dei dati contenuti nella presente domanda nel rispetto della normativa vigente e nelle forme previste dal Bando di concorso.

..... sottoscritt.... **dichiara** di accettare le norme del Bando di concorso e, in particolare, di quelle relative alla riserva in capo alla Società del diritto di proroga, riapertura, modifica o revoca del bando medesimo.

Data .....

.....
(firma leggibile e per esteso del candidato)

ALLEGATO 3

(compilare in stampatello ed in maniera leggibile)

AUTOCERTIFICAZIONE TITOLI DI STUDIO

(art. 46 e art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Io sottoscritto ..... nato a ..... (Prov. .....) il |__|__|__|__|__|__|__|__| e residente in Via ..... n. |__| Città ..... (Prov. .....) Cap |__|__|__|__|__| - *consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci* - con riferimento alla pratica per la partecipazione al pubblico concorso per n. ..... posti di "....." indetto da FarmaciaTerni – S.r.l. unipersonale", **DICHIARO** sotto la mia responsabilità di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

Descrizione del titolo di studio	Istituzione scolastica che ha rilasciato il titolo	Data di rilascio del titolo	Voto	NOTE

AVVERTENZE:
- scrivere stampatello ed in forma leggibile;
- gli spazi lasciati in bianco devono essere barrati;
- per la validità della presente autocertificazione è necessario allegare la fotocopia di un documento di riconoscimento.

Io sottoscritto **DICHIARO**, inoltre, di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del T.U. 30/06/03 n. 196, che i dati sopra indicati verranno utilizzati da Farmacia Terni – S.r.l. per le finalità connesse alla gestione del predetto concorso, anche mediante l'utilizzo di strumenti informatici.

Data .....

Firma .....

(compilare in in stampatello ed in maniera leggibile)

ALLEGATO 4

AUTOCERTIFICAZIONE TITOLI DI SERVIZIO

(art. 46 e art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Io sottoscritto ..... nato a ..... (Prov. .....) il |__|__|__|__|__|__|__| e residente in Via ..... n. |__| Città ..... (Prov. .....) Cap |__|__|__|__|__| - *consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci* - con riferimento alla pratica per la partecipazione al pubblico concorso per n. ..... posti di "....." indetto da FarmaciaTerni – S.r.l. unipersonale", **DICHIARO** sotto la mia responsabilità di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:

Ragione sociale dell'ente pubblico o del privato e relativa ubicazione della sede legale	Qualifica di assunzione e relativo livello contrattuale	Tipologia e caratteristiche del servizio (nota 1)	Orario di lavoro settimanale (nota 2)	Periodo di lavoro
				dal
				al
				dal
				al
				dal
				al
				dal
				al
				dal
				al
				dal
				al
				dal
				al
				dal
				al
				dal
				al
				dal
				al
				dal
				al
				dal
				al
				dal
				al

Ragione sociale dell'ente pubblico o del privato e relativa ubicazione della sede legale	Qualifica di assunzione e relativo livello contrattuale	Tipologia e caratteristiche del servizio (nota 1)	Orario di lavoro settimanale (nota 2)	Periodo di lavoro
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al

Ragione sociale dell'ente pubblico o del privato e relativa ubicazione della sede legale	Qualifica di assunzione e relativo livello contrattuale	Tipologia e caratteristiche del servizio (nota 1)	Orario di lavoro settimanale (nota 2)	Periodo di lavoro
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al
				dal al

Sono stato **INCARICATO DELLE FUNZIONI DI DIREZIONE DI FARMACIA O DI ALTRE FUNZIONI SUPERIORI A QUELLE DI FARMACISTA COLLABORATORE O FARMACISTA O FARMACISTA COADIUTORE**, come appresso indicato:

Ragione sociale dell'ente pubblico o del privato e relativa ubicazione della sede legale	Qualifica di assunzione e relativo livello contrattuale	Tipologia di incarico superiore alla qualifica di assunzione (nota 3)	Periodo di Incarico: dal	Periodo di Incarico: al

NOTE:
(1) *Precisare: se il rapporto di lavoro è a tempo determinato o a tempo indeterminato; se è a tempo pieno o a tempo parziale e, se a tempo parziale, indicare se trattasi di p/time orizzontale, verticale o misto.*
(2) *Il numero delle ore settimanali di lavoro devono essere dedotte dal contratto individuale di lavoro.*
(3) *La tipologia di incarico superiore è data: dalla specifica qualifica superiore e dal relativo livello contrattuale.*

AVVERTENZE:
- scrivere stampatello ed in forma leggibile;
- gli spazi lasciati in bianco devono essere barrati;
- per la validità della presente autocertificazione è necessario allegare la fotocopia di un documento di riconoscimento.

Io sottoscritto **DICHIARO**, infine, di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del T.U. 30/06/03 n. 196, che i dati sopra indicati verranno utilizzati da FarmaciaTerni – S.r.l. di Terni per le finalità connesse alla gestione del predetto concorso, anche mediante l'utilizzo di strumenti informatici.

Data .....

Firma .....

ALLEGATO 5

(compilare in in stampatello ed in maniera leggibile)

AUTOCERTIFICAZIONE TITOLI VARI

(art. 46 e art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Io sottoscritto ..... nato a ..... (Prov. .....) il |__|__|__|__|__|__|__|__| e residente in Via ..... n. |__| Città ..... (Prov. .....) Cap |__|__|__|__|__| - *consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci* - con riferimento alla pratica per la partecipazione al pubblico concorso per n. ..... posti di "....." indetto da FarmaciaTerni – S.r.l. unipersonale", **DICHIARO** sotto la mia responsabilità di essere in possesso dei seguenti titoli vari:

N° d'ordine	Notizie sui titoli vari (nota 1)

NOTE: **(1)** *Precisare l'Ente/Azienda/Istituzione presso cui il titolo è stato conseguito, la tipologia del titolo posseduto, l'eventuale voto o giudizio finale riportato ed ogni altra informazione utile, nell'interesse del candidato, per la valutazione del titolo.*

AVVERTENZE:
- scrivere stampatello ed in forma leggibile;
- gli spazi lasciati in bianco devono essere barrati;
- per la validità della presente autocertificazione è necessario allegare la fotocopia di un documento di riconoscimento.

Io sottoscritto **DICHIARO**, infine, di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del T.U. 30/06/03 n. 196, che i dati sopra indicati verranno utilizzati da FarmaciaTerni – S.r.l. per le finalità connesse alla gestione del predetto concorso, anche mediante l'utilizzo di strumenti informatici.

Data ..... *Firma* .....