

**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA  
DI N. 1 (UNO) POSTO DI COLLABORATORE FARMACISTA CAT. D - PEO D1, CON CONTRATTO A TEMPO  
INDETERMINATO E PIENO**

**AL COMUNE DI PARETE  
AREA I AMMINISTRATIVA  
Via Amendola snc – 81030 Parete (CE)**

Il /la sottoscritto/a ..... nato /a a ..... (.....)  
il ...../...../..... e residente a ..... (.....) alla via/piazza/corso  
....., n. .... - codice fiscale .....  
email ..... - Pec .....  
fa domanda di ammissione al concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di n. 1 posto di Collaboratore Farmacista (categoria D - Posizione economica D1) a tempo indeterminato e pieno bandito dal Comune di Parete. A tal fine ai sensi dell'art. 46 del T.U. approvato con D.P.R. 445/00, sotto personale responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 75 del citato T.U. nonché delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato T.U. rispettivamente nelle ipotesi di non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese e di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

**D I C H I A R A**

di essere di stato civile ....., con n. .... figli a carico;

***Barrare una delle due alternative***

di essere cittadino italiano;  
*oppure*  
 di essere in possesso della seguente cittadinanza dell'Unione Europea/Paese Terzo: .....

di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di ..... (.....)  
di godere dei diritti politici;

***Barrare una delle due alternative***

di non aver riportato condanne penali;  
*oppure*  
 di aver subito le seguenti condanne penali (indicare il tipo di condanna, l'art. o gli artt. del codice penale violato/i, nonché la pena inflitta dall'A.G.):  
.....  
.....  
.....

***Barrare una delle due alternative***

di non aver procedimenti penali a carico in corso di istruzione o pendenti;  
*oppure*  
 di avere i seguenti procedimenti penali in corso (indicare la violazione dell'art. o degli artt. del codice penale contestati dall'A.G., nonché la fase in cui si prova il procedimento penale in corso):  
.....  
.....  
.....

di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni e di non essere stato/a dichiarato/a decaduto/a da un impiego statale ai sensi dell'art. 127 comma 1 lettera d) del T.U. approvato con D.P.R. 3/57, ovvero di non essere stato licenziato/a per persistente e insufficiente rendimento o a seguito dell'accertamento che l'impiego venne conseguito mediante la produzione di documenti falsi o comunque con mezzi fraudolenti;




di essere consapevole che non sarà attribuito alcun punteggio al servizio innanzi indicato, nel caso in cui le dichiarazioni fornite al Comune di Parete siano incomplete;

di essere consapevole che non sono oggetto di valutazione i periodi di frequenza presso gli uffici pubblici o i servizi prestati a solo titolo di tirocinio e pratica o comunque non in dipendenza di rapporto d'impiego;

di essere in possesso dei seguenti titoli vari afferenti la professionalità di Collaboratore Farmacista (in caso di più titoli da dichiarare il candidato può stampare la presente pagina, compilarla e allegarla alla domanda):

dottorato di ricerca in .....  
svolto nell'anno ..... presso l'Università/Istituto .....  
con sede in ..... alla via .....

specializzazione post laurea in .....  
conseguita il ..... presso l'Università/Istituto .....  
con sede in ..... alla via .....

master in .....  
conseguita il ..... presso l'Università/Istituto .....  
con sede in ..... alla via .....

corsi di formazione, riqualificazione, aggiornamento, specializzazione, legalmente riconosciuti in .....  
svolti o conseguiti nell'anno ..... presso l'Università/Istituto .....  
con sede in ..... alla via .....  
con superamento dell'esame finale in data .....

di essere autore delle seguenti pubblicazioni scientifiche (libri, saggi ed articoli) date alle stampe, che allega in copia:  
(titolo) ..... edita in data ..... da (nome editore)  
.....  
(titolo) ..... edita in data ..... da (nome editore)  
.....  
(titolo) ..... edita in data ..... da (nome editore)  
.....

di aver ricevuto da enti pubblici i seguenti incarichi di collaborazione o di prestazione professionale aventi ad oggetto l'espletamento di attività attinenti alla professionalità di Collaboratore Farmacista:

DAL (indicare giorno, mese e anno di inizio dell'incarico)	AL (indicare giorno, mese e anno di cessazione dell'incarico)	ENTE PUBBLICO CHE HA CONFERITO L'INCARICO (indicare denominazione, c.f. e p.iva)


di aver prestato attività di lavoro autonomo per le quali è necessaria l'iscrizione all'Ordine Professionale dei Farmacisti dal ..... al ..... o l'iscrizione alla CCIAA (REA n. ....) con numero di P.IVA ..... e n. di matricola INPS .....

di aver conseguito le seguenti idoneità in concorsi pubblici (per titoli ed esami o per soli esami) per l'assunzione a tempo indeterminato di Collaboratore Farmacista:

ENTE PUBBLICO CHE HA BANDITO IL CONCORSO ED APPROVATO LA GRADUATORIA FINALE DI MERITO	ESTREMI PROVVEDIMENTO DI APPROVAZIONE DELLA GRADUATORIA FINALE DI MERITO	DATA DI APPROVAZIONE DELLA GRADUATORIA FINALE DI MERITO	CATEGORIA PROFESSIONALE E PROFILO PROFESSIONALE MESSO A CONCORSO

di essere in possesso della patente europea del computer conseguita in data ..... presso l'Istituto ..... con sede in ..... alla via .....

di essere a conoscenza della lingua inglese, nonché di elementi di informatica;

di essere in possesso dei requisiti che danno diritto a precedenza o preferenza nella nomina:

.....  
 .....  
 .....

di accettare tutte le prescrizioni contenute nel bando di concorso e di accettare in caso di assunzione tutte le disposizioni che regolano lo stato giuridico ed economico dei dipendenti del Comune di Parete;

Chiede che le comunicazioni relative al concorso gli vengano inviate al seguente indirizzo:

via/piazza/corso ..... n. .... C.A.P. ...., città ..... (.....) - Recapito telefonico ..... email .....- Pec .....

Il/la sottoscritto/a alla luce delle disposizioni del D.Lgs. 196/2003, dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ed esprime il proprio univoco ed incondizionato consenso al trattamento di tutti i dati personali esclusivamente necessari all'espletamento del procedimento concorsuale e della eventuale assunzione in servizio.

**Allega:**

- ricevuta comprovante l'avvenuto versamento della tassa di concorso di € 10 sul c/c postale n. 12087813 intestato a Comune di Parete - Servizio Tesoreria, riportante la seguente causale "Tassa di concorso Collaboratore Farmacista Cat. D - 2022";
- copia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità del candidato;
- curriculum formativo e professionale del candidato, datato e firmato dal candidato;
- eventuali pubblicazioni, in originale o copia autenticata anche ai sensi dell'art. 18, comma 3 del DPR 445/2000 o in copia presentata unitamente alla dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la conformità all'originale ai sensi dell'art. 19 e 19/bis stesso DPR 445/2000;
- i titoli (in originale o in copia legale e autenticata ai sensi di legge o dichiarazione temporaneamente sostitutiva) che attribuiscono punteggio che il candidato riterrà opportuno produrre e relativo elenco.

Data .....

**Firma per esteso**

.....