Spett.le
FARMACIA COMUNALE DI AZZANO DECIMO S.R.L.
a socio unico
Viale Rimembranze n. 51
33082 AZZANO DECIMO (PN)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA DI VALUTAZIONE COMPARATIVA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI GUARDIA NOTTURNA PRESSO LA FARMACIA COMUNALE DI CORVA PER L'ANNO 2019

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____
indirizzo mail _____

c h i e d e

di essere ammesso/a alla PROCEDURA DI VALUTAZIONE COMPARATIVA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI GUARDIA NOTTURNA PRESSO LA FARMACIA COMUNALE DI CORVA PER L'ANNO 2019.

Consapevole delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000

D I C H I A R A

- di essere nato/a a _____ il _____;
- di essere residente a _____ in Via _____ n._____ cap. _____ tel. _____;
- di possedere la cittadinanza italiana o di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____ _____ conseguito presso _____ in data _____ con la votazione di _____;
- di essere iscritto all'Albo Professionale dell'Ordine dei Farmacisti di _____ al numero _____;
- di essere fisicamente idoneo/a all'impiego da ricoprire;
- di non essere incorso in condanne penali e di non avere in corso procedimenti penali che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione di rapporto di impiego;
- di avere adeguata conoscenza della lingua italiana (per i cittadini di altri stati membri dell'Unione Europea);
- di autorizzare il trattamento dei dati personali per le finalità legate alla procedura di selezione, ai sensi del "codice per la protezione dei dati personali (GDPR REG. UE 2016/679);
- di voler ricevere tutte le comunicazioni inerenti al presente concorso al seguente indirizzo (solo se diverso dalla residenza): _____ _____;
- di aver prestato la propria attività lavorativa come Farmacista Collaboratore, con funzioni analoghe a quelle richieste, anno negli ultimi 2 (due) anni e precisamente:
  - ✓ dal _____ al _____ presso _____ con inquadramento contrattuale _____
  - ✓ dal _____ al _____ presso _____ con inquadramento contrattuale _____

- ✓ dal _____ al _____ presso _____
  con inquadramento contrattuale _____
- ✓ dal _____ al _____ presso _____
  con inquadramento contrattuale _____

- di aver preso visione della procedura di valutazione comparativa richiamata in oggetto e di accettare tutte le clausole in esso inserite.

Allega alla presente:

- fotocopia non autenticata del documento d'identità in corso di validità;
- curriculum vitae datato e sottoscritto.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che "Farmacia Comunale di Azzano Decimo s.r.l. a socio unico" non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, caso fortuito o forza maggiore. Dichiara altresì che il proprio nominativo e l'indirizzo potranno essere forniti ad altri candidati che ne facciano richiesta al solo scopo della comunicazione di eventuali ricorsi ai contro interessati.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole della veridicità delle dichiarazioni contenute nella presente domanda e di essere a conoscenza delle sanzioni penali di cui alla legge n. 445/200 in caso di false dichiarazioni.

Data, _____ _____
(firma)

Informativa privacy

La informiamo che i dati personali eventualmente sensibili e giudiziari che La riguardano, provenienti dalla documentazione da Lei prodotta (curriculum dichiarazioni sostitutive ecc.) o conosciuti nel corso di colloqui, sono trattati dal Titolare *"Farmacia Comunale di Azzano Decimo s.r.l. a socio unico"* , esclusivamente per le finalità di espletamento della procedura di Selezione del Personale, per la gestione della Sua eventuale assunzione nell'Ente, per poterla contattare in futuro per finalità inerenti la gestione del procedimento o la graduatoria.
I Suoi dati saranno trattati sia manualmente, con supporti cartacei, sia con strumenti informatici e telematici, da incaricati di *"Farmacia Comunale di Azzano Decimo s.r.l. a socio unico"* nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per impedire la perdita, l'alterazione dei dati, gli usi illeciti o non corretti, gli accessi non autorizzati o i trattamenti non consentiti o non conformi alle finalità della raccolta.
Il trattamento dei dati sarà effettuato per il tempo necessario al conseguimento degli scopi per cui sono stati raccolti. I Suoi dati saranno comunque conservati finalità di archivio e conservazione ex lege.
Il conferimento dei dati personali da parte dell'interessato per le finalità sopra esposte è obbligatorio. L'eventuale rifiuto al conferimento dei dati da parte dell'interessato comporterà l'impossibilità per *"Farmacia Comunale di Azzano Decimo s.r.l. a socio unico"* di svolgere le sopraindicate attività.
I dati personali conferiti potranno inoltre essere comunicati e/o conosciuti da soggetti estranei all'Amministrazione, quali i membri di commissione di gara esterni, eventuali professionisti o altri soggetti nei casi previsti dalla Legge.
Lei è titolare dei diritti previsti dal "Codice per la protezione dei dati personali" (GDPR REG. UE 2016/679)

Con la presentazione della domanda di partecipazione alla selezione, Lei dichiara di aver ricevuto e letto la presente informativa, prestando il consenso al trattamento dei dati personali anche sensibili e giudiziari. il titolare del Trattamento è la Società *"Farmacia Comunale di Azzano Decimo s.r.l. a socio unico"* in persona dell'Amministratore Unico pro tempore.

Data, _____ _____
(firma)

-