

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE DA REDIGERSI IN CARTA SEMPLICE

Spett.le
Vittorio Veneto Servizi S.r.l.
Piazza Fiume, 30
31029 Vittorio Veneto (TV)

Il/la sottoscritto/a _____ (cognome e
nome) nato/a a _____ (____) il
____ (gg/mm/aa) residente nel Comune di _____
(____) in Via _____ n. _____ CAP _____
Telefono _____ Cellulare _____
Indirizzo PEC _____
Codice Fiscale _____

In possesso di patente di guida: SI tipo _____ NO

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione per l'assunzione di n 2 Farmacisti Collaboratori, Liv. Q3, C.C.N.L. dipendenti da farmacia privata, con contratto a tempo pieno e indeterminato per le Farmacie gestite dalla società Vittorio Veneto Servizi S.r.l.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

1. Cittadinanza:

di essere cittadino italiano o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea (specificare quale _____) e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

2. Liste elettorali:

- di essere iscritto alle liste elettorali e nel godimento dei diritti civili;
- di non essere iscritto alle liste elettorali per i seguenti motivi (indicare quali _____);

3. Condanne e procedimenti penali:

- di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
- di avere riportato condanne penali passate in giudicato per le seguenti fattispecie di reato _____;
- di avere i seguenti procedimenti penali in corso _____;

4. Laurea:

di aver conseguito la laurea in:

Farmacia;

Chimica e Tecnologia Farmaceutica

presso l'Università di _____ in data _____
con la votazione (dato utile ai fini della valutazione dei titoli) _____;

5. Abilitazione:

di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di Farmacista nell'anno _____ presso l'Università di _____

6. Iscrizione all'Albo professionale dei Farmacisti:

di essere iscritto all'Albo della provincia di _____ dal _____ n. _____;

di non essere iscritto all'Albo dei Farmacisti;

7. Idoneità fisica :

di avere idoneità fisica senza alcuna limitazione alla mansione di farmacista collaboratore anche con espresso riferimento alle prestazioni di lavoro notturno.

8. Obbligo di formazione continua ECM :

di aver ottemperato all'obbligo di formazione continua ECM .

DICHIARA INOLTRE

che tutte le dichiarazioni rese sono documentabili;

di accettare tutte le indicazioni contenute nell'avviso di selezione e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali finalizzato alla gestione della procedura di selezione e degli adempimenti conseguenti;

di avere preso visione, in particolare, dell'avvertenza contenuta nell'avviso di avere preso visione, in particolare, dell'avvertenza contenuta nell'avviso che la sede del colloquio orale saranno pubblicate nel sito www.farmaciecomunali.vv.it "Amministrazione trasparente

SI ALLEGANO

Curriculum vitae personale in forma libera

Fotocopia del documento di riconoscimento _____
n. _____ rilasciato il _____
da _____ e in corso di validità.

Attestati dei corsi di formazione eventualmente frequentati.

SI CHIEDE

che ogni comunicazione relativa alla selezione in oggetto venga inviata al seguente indirizzo PEC, il cui eventuale cambiamento verrà tempestivamente segnalato alla Vittorio Veneto Servizi S.r.l. con PEC

ACCETTA ESPRESSAMENTE

di ricevere le comunicazioni inerenti la selezione in oggetto a mezzo PEC all' indirizzo sopra indicato

Luogo e data _____

Firma

(autenticata ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 mediante produzione di copia fotostatica di documento di riconoscimento)