

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE AD EVIDENZA PUBBLICA, PER
TITOLI E PROVE DI ESAME, PER L'ASSUNZIONE A TEMPO PIENO E INDETERMINATO PER 2 (DUE)
POSTI DI FARMACISTA COLLABORATORE FULL TIME**

Al Direttore Generale
Farma.Co.M. S.p.A.
Via Braille, 3
20900 Monza

Il/La sottoscritto/a

CHIEDE

di essere ammess... alla selezione pubblica per titoli ed esami per la copertura di n. 1 posto di Farmacista collaboratore (primo livello del vigente CCNL) a tempo pieno e indeterminato presso le Farmacie dell'Azienda.

A tal fine, sotto la propria e diretta responsabilità, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, ai sensi degli artt. 47 e 76 del DPR 445/2000

DICHIARA

quanto risulta compilato di seguito:

Cognome..... Nome.....

Codice Fiscale..... Luogo di nascita.....

Provincia..... Data di nascita..... (gg/mm/aaaa)

Residente in:.....Prov

Indirizzo/Via..... N.....

C.A.P.

Tel.fisso..... cellulare

Eventuale indirizzo diverso dalla residenza cui fare pervenire le comunicazioni relative al bando

.....

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) o posta elettronica semplice

.....

Cittadinanza.....

Di trovarsi in posizione regolare rispetto agli eventuali obblighi di leva

Di non avere riportato condanne penali, di non avere procedimenti penali in corso e comunque di non trovarsi in alcuna delle condizioni che, ai sensi della vigente normativa, impediscono la costituzione del rapporto di impiego con pubbliche amministrazioni (ovvero: di essere oggetto di

provvedimento di interdizione temporanea dai pubblici uffici i cui effetti saranno dispiegati fino alla data del.....)

Di essere in possesso della idoneità fisica all'impiego e alle mansioni proprie del profilo professionale oggetto della selezione.

Di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a, ovvero di non essere stato/a dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso una pubblica amministrazione.

Di autorizzare Farma.Co.M. S.p.A., ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, al trattamento dei dati personali ai soli fini delle procedure di selezione del presente avviso.

Di accettare tutte le condizioni di cui al presente bando, le norme vigenti dello Statuto dell'Azienda e del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro Assofarm.

Dichiara infine (solo per i cittadini degli stati membri della Unione Europea) di avere adeguata conoscenza della lingua italiana, sia parlata che scritta

Di possedere:

Titolo di studio posseduto

Istituto o Università presso cui è stato conseguito

Che gli estremi del documento ministeriale con il quale è stata riconosciuta l'idoneità del titolo di studio posseduto ai fini dell'instaurazione di rapporti di lavoro sono i

seguenti:.....(solo se conseguito all'estero)

Anno di conseguimento

Votazione conseguita nell'esame di laurea

Iscrizione Albo professionale dei Farmacisti della provincia di al numero.....in data.....

(solo per i candidati portatori di handicap) che per l'espletamento delle prove di selezione ai sensi dell'art. 20 della Legge 104/92 necessita del seguente ausilio e/o tempi aggiuntivi

.....

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che l'Azienda non risponde per eventuali disguidi postali, né per la mancata comunicazione dell'eventuale cambio di residenza o del recapito delle comunicazioni, indicati nella presente domanda.

Si allegano:

-CURRICULUM VITAE DATATO E FIRMATO

-FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'

-(solo per i candidati portatori di handicap)eventuale certificazione sanitaria attestante la necessità di agevolazioni per espletare la prova(ausili e/o tempi aggiuntivi) o TABELLA TITOLI (allegato A) compilata e firmata (biffare se allegata)

..... lì..... (luogo data)

.....

Firma leggibile (da apporre a pena di esclusione)
