

MODELLO DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

AZIENDA SPECIALE FARMACEUTICA DI GORIZIA

Via del San Michele, 108 - 34170 Gorizia (GO)

PEC: farmacia.go.sandrea@pec.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER ESAMI PER LA COPERTURA, A TEMPO PIENO ED INDETERMINATO, DI UN POSTO DI DIRETTORE DI FARMACIA – LIVELLO 1° SUPER – AREA QUADRI – DEL CCNL ASSO FARM PER DIPENDENTI DI AZIENDE FARMACEUTICHE SPECIALI

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____,
residente a _____
in via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____ prov. _____;
C.F. _____;
tel.: _____ indirizzo email (o PEC): _____

RECAPITO PER LE COMUNICAZIONI AFFERENTI AL PRESENTE CONCORSO (*solo se diverso dalla residenza*):

via/piazza _____ n. _____
città _____ prov. _____ C.A.P. _____

C H I E D E

di essere ammesso/a a partecipare al concorso pubblico suindicato.

A tal fine dichiara, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, quanto segue:

a) di essere cittadino/a (barrare la casella interessata):

- italiano/a;
- di altro Paese dell'Unione Europea, (*specificare*) _____;
- di altro Paese non appartenente all'Unione Europea, (*specificare*) _____,
avente, quale familiare, il Sig./la Sig.ra _____,
nato/a a _____, il _____, residente a _____,
cittadino/a del seguente Paese dell'Unione Europea (*specificare*) _____

e di essere:

- titolare del diritto di soggiorno;
- titolare del diritto di soggiorno permanente;
- di altro Paese non appartenente all'Unione Europea, (*specificare*) _____
e di essere comunque:
- titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
- titolare dello status di rifugiato;
- titolare dello status di protezione sussidiaria;

b) di godere dei diritti civili e politici e di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ prov. _____

oppure di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo:

_____;

- c) di essere fisicamente idoneo/a all'impiego;
- d) di non avere riportato condanne penali e non essere stati interdetti o sottoposti a misure che escludono, secondo le vigenti leggi, dalla nomina all'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
oppure
di non avere procedimenti penali in corso che impediscono la costituzione del rapporto d'impiego;
- e) di non essere stato/a destituito/a, dispensato/a, licenziato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione né essere stato dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- f) di essere in posizione regolare nei riguardi degli obblighi di leva se d'obbligo;
- g) di possedere il seguente titolo di studio: _____
conseguito nell'anno _____ presso _____
con votazione _____;
- h) di essere abilitato all'esercizio della professione di farmacista e di essere iscritto all'Albo dei Farmacisti di _____ n. _____;
- i) di avere svolto, in qualità di Farmacista, le seguenti attività lavorative (*specificando l'azienda privata o l'Ente pubblico datore di lavoro, il profilo professionale e la categoria contrattuale di appartenenza, la natura del rapporto di lavoro - se a tempo indeterminato o determinato - e i periodi effettuati - data di inizio e fine dei rapporti*):

_____;
- j) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza e/o preferenza ai sensi di legge: _____;
- k) di essere portatore di handicap e di chiedere, per sostenere le prove d'esame, il seguente ausilio:

e/o i seguenti tempi aggiuntivi _____.
A tal fine si allega certificazione rilasciata dalla seguente Struttura Sanitaria _____,
attestante la necessità di usufruire dei tempi aggiuntivi nonché dei sussidi necessari, relativi alla dichiarata condizione di disabilità.
- l) di accettare, senza alcuna riserva, le condizioni del bando in oggetto e le norme nello stesso richiamate;
- m) di autorizzare l'Azienda Speciale Farmaceutica di Gorizia al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., per quanto necessario all'espletamento della procedura concorsuale;

Il/La sottoscritto/a ALLEGA:

- curriculum formativo-professionale, datato e sottoscritto;
- fotocopia, fronte-retro, di un documento d'identità in corso di validità;
- eventuale certificazione rilasciata da una competente Struttura Sanitaria attestante la necessità di usufruire dei tempi aggiuntivi nonché dei sussidi ritenuti necessari per la dichiarata condizione di disabilità;
- gli eventuali titoli, documenti o attestazioni di servizio, dichiarati o autocertificati ai sensi di legge.

Data _____

Firma

(non soggetta ad autentica ai sensi dell'art. 39 del DPR 445/2000)