DOMANDA DI AMMISSONE 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 DI FARMACIA PART TIME

Al Direttore Generale

Farma.Co.M. S.p.A.

Via Braille, 3

20900 Monza

Il/La sottoscritto/a …….

CHIEDE

dì essere ammess… alla selezione pubblica per titoli ed esami per la copertura di n. 2 posti di Farmacista collaboratore di farmacia (Livello 1 del vigente CCNL) a tempo parziale e indeterminato presso le Farmacie dell'Azienda con scadenza domanda il 07 febbraio 2025 ore 18,00.

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 Europei) 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)