

ALLEGATO A
Modello di domanda

Spett.le

AZIENDA MULTISERVIZI FORTE DEI MARMI S.R.L.
UN.

PIAZZA H.MOORE N.1

55042 Forte dei Marmi (Lu)

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER TITOLI ED ESAMI PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA PER L'ASSUNZIONE A TEMPO INDETERMINATO DI FARMACISTI COLLABORATORI, PRIMO LIVELLO - C.C.N.L. dipendenti imprese farmaceutiche gestite o partecipate da Enti Locali.

Il sottoscritto, **NOME** _____ **COGNOME** _____

(le donne coniugate devono indicare soltanto il proprio cognome da nubile)

luogo di nascita _____

(città/provincia/stato per i candidati nati all'estero)

data di nascita _____ **codice fiscale** _____

comune di residenza / altro stato membro U.E. di residenza

Via/P.zza _____ **N.** _____ **Prov.** _____ **C.A.P.** _____

Telefono _____ **Cellulare** _____

Indirizzo PEC _____

PARTECIPANDO ALLA PRESENTE SELEZIONE IL SOTTOSCRITTO CANDIDATO ACCETTA DI RICEVERE TUTTE LE COMUNICAZIONI INERENTI LO SVOLGIMENTO DELLA SELEZIONE E QUELLE RELATIVE ALL'EVENTUALE CONSEGUENTE RAPPORTO DI LAVORO ALL'INDIRIZZO PEC PERSONALE SOPRA INDICATO.

Avendo preso visione dell'AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA PER TITOLI ED ESAMI PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA PER L'ASSUNZIONE A TEMPO INDETERMINATO DI FARMACISTI COLLABORATORI, PRIMO LIVELLO - C.C.N.L. dipendenti imprese farmaceutiche gestite o partecipate da Enti Locali.

CHIEDE

di essere ammesso/a alla stessa e a tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi del d.p.r. 445/2000,

DICHIARA

- a) di essere in possesso della cittadinanza italiana ovvero di essere cittadino/a del seguente stato membro dell'Unione Europea _____
- b) di godere dei diritti politici, di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ ovvero di non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste medesime per i seguenti motivi:

- c) di non essere stato/a destituito/a, dispensato/a dall'impiego presso P.A. e di non essere stato/a dichiarato/a decaduto/a da esso per averlo conseguito mediante produzione di documenti viziati da invalidità insanabile;
- d) di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso
- e) di essere fisicamente idoneo/a all'espletamento della mansione da svolgere;
- f) *(solo per i cittadini di Stati membri dell'Unione Europea)* possedere un'adeguata conoscenza della lingua italiana;
- g) *(solo per i candidati di sesso maschile nati entro il 31.12.1985)* Di essere in posizione regolare nei confronti degli obblighi di leva;
- h) di essere in possesso della laurea in Farmacia o equipollente, (o per i cittadini comunitari di titolo equiparato riconosciuto dal Ministero, ai sensi del Dlgs n.115/92 e smi e dal Dlgs. N. 206/07 e smi) **CON LA VOTAZIONE DI _____;**
- i) di aver conseguito Master inerente la qualifica oggetto della selezione e/o diploma di specializzazione in farmacia ospedaliera:
☐ SI
☐ NO
- j) di essere iscritto all'Albo dei Farmacisti di _____ al Numero _____;
- k) di essere in possesso della patente di guida di categoria B non sospesa in corso di validità;
- l) di accettare, senza riserva alcuna, le condizioni previste nell'avviso di selezione;
- m) di allegare fotocopia di un documento di identità in corso di validità.
- n) di allegare il proprio curriculum, in formato europeo, **DEBITAMENTE FIRMATO**;
- o) di aver svolto attività lavorativa come Farmacista Collaboratore con contratto di lavoro subordinato della durata pari o superiore ad una settimana (sette giorni continuativi) per la copertura di turni notturni:
☐ SI
☐ NO
- p) di aver svolto attività lavorativa per almeno **3 MESI** con lo stesso livello e/o mansioni presso le seguenti strutture, con contratto di lavoro a tempo pieno o parziale (**nel caso di part-time, indicare il monte ore lavorato**) e nell'arco temporale di seguito indicato:

<u>nome azienda</u>	<u>tempo pieno o parziale</u> <u>(indicare il monte</u> <u>orario lavorato)</u>	<u>periodo di lavoro: dal al</u>

_____li_____

Firma