

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA, PER TITOLI E COLLOQUIO PER IL RECLUTAMENTO DI FARMACISTI COLLABORATORI A TEMPO DETERMINATO

All'Amministratore Unico
AFM Farmacie Comunali Ferrara Srl
Via Foro Boario 55/57
44122 FERRARA

Il/La sottoscritto/a

CHIEDE

di essere ammess... alla selezione pubblica per titoli e colloquio attitudinale per il reclutamento di farmacisti collaboratori a tempo determinato (primo livello del vigente CCNL) presso le Farmacie dell'Azienda, di cui alla determina dell' Amministratore Unico n.....del2018.

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:

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

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 (ed indicazione del numero di permesso di soggiorno per i cittadini extra U.E).....

Comune di iscrizione nelle liste elettorali.....

Provincia di

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.

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 AFM Farmacie Comunali Ferrara S.r.l., ai sensi del D. Lgs. 196/2003 al trattamento dei dati personali ai soli fini delle procedure di selezione del presente avviso.

Di accettare tutte le condizioni di cui al presente avviso, 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 ed extracomunitari) 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

Abilitazione professionale - Sede universitaria

Anno di conseguimento

Iscrizione Albo professionale dei Farmacisti della provincia dial numero.....in data.....

Di essere in possesso dei seguenti ulteriori titoli o altri documenti ritenuti utili per la graduatoria (se sussistono):

- a).....
- b).....
- c).....
- d).....
- e).....
- f).....

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 IN FORMATO UE DATATO E FIRMATO
- FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'

..... li.....
luogo data

FIRMA leggibile

.....