

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER L'ASSUNZIONE A TEMPO PIENO E INDETERMINATO DI NR. 4 FARMACISTI COLLABORATORI

A FORLIFARMA S.P.A.

VIA PASSO BUOLE 54

47122 FORLI' FC

forlifarmaspa@assofarm.postecert.it

Il/La sottoscritto/a cognome nome
..... nato/a a
il prov. Codice
Fiscale..... residente a
..... prov. in via
..... n., c.a.p. e domiciliato a
..... prov. in via
..... n., c.a.p. tel.
..... cell. e mail
.....pec.....

CHIEDE

Di essere ammesso/a a partecipare alla selezione pubblica per l'assunzione a tempo pieno e indeterminato di nr. 4 farmacisti collaboratori

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 della suddetta legge e delle conseguenze in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

1. di avere preso visione dell'avviso di selezione per l'assunzione di farmacisti collaboratori
 - A. di essere cittadin... italian... ovvero di Stato dell'Unione Europea (Nazione:) ovvero di essere cittadino extra UE (Nazione:) in possesso di un soggiorno per lavoro subordinato in corso di validità o carta di soggiorno in corso di validità;
 - B. di avere ottima conoscenza della lingua italiana;
 - C. di godere dei diritti politici e di essere iscritt... nelle liste elettorali del Comune di , oppure di godere dei diritti inerenti l'elettorato attivo come previsto nello stato della UE:
 - D. di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso che comportino la destituzione o il licenziamento di diritto;
 - E. di non essere mai stat... destituit... o dispensat... dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione e di non essere mai stat... dichiarat... decadut... da altro impiego presso una Pubblica Amministrazione per averlo conseguito mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile, ai sensi dell'art. 127, comma 1, lettera d), del D.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3, ovvero di non essere stato licenziato per le medesime

motivazioni (lo stesso anche presso una società o ente partecipato direttamente o indirettamente dalla PA);

F. di essere fisicamente idoneo/a al servizio;

G. di essere in possesso del Diploma di laurea in
come richiesto dal Bando, conseguito nell'anno accademico
..... presso l'università
..... con votazione di
.....;

H. di essere iscritto all'albo professionale dei farmacisti della provincia di

I. di essere in regola con il programma ECM fino all'anno 2017;

J. di avere prestato servizio (per almeno 20 ore settimanali) presso una farmacia aperta al pubblico o parafarmacia o farmacia interna ospedaliera, anche in più periodi, per almeno 24 mesi successivamente al 1 luglio 2015, come segue:

.....
.....
.....
.....
.....;

2. di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza/preferenza, previsti dal bando di concorso in oggetto:

.....
.....
.....
.....
.....;

3. di essere informato che i dati personali ed, eventualmente, sensibili, oggetto delle dichiarazioni contenute nella domanda di concorso, verranno trattati da Forlifarma Spa al solo scopo di permettere l'espletamento della procedura di concorso in oggetto, compreso la pubblicazione sul sito web di Forlifarma del risultato delle prove e/o della graduatoria finale degli idonei, l'adozione di ogni provvedimento annesso e/o conseguente e la gestione del rapporto di lavoro che, eventualmente, si instaurerà. Si avverte che la mancata autorizzazione alla gestione dei dati comporterà la impossibilità per Forlifarma ad ammettere il concorrente con conseguente esclusione dalla selezione.

Alla presente allega:

- curriculum vitae datato e firmato
- copia fotostatica di valido documento di identità

.....,

(luogo)

(data)

.....

(firma leggibile per esteso)