



**MODELLO DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE  
PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA PER ASSUNZIONI A TEMPO  
INDETERMINATO DI “FARMACISTA COLLABORATORE” - LIVELLO 1° - CCNL  
A.S.SO.FARM**

Spett.le  
Farmacie Altopascio S.r.l.  
Via PEC: altopascio@assofarm.postecert.it

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_,  
Cittadinanza \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione per la formazione di una graduatoria per assunzioni a tempo indeterminato di farmacista collaboratore - Livello 1° “CCNL ASSOFARM”.

**e, pertanto, DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci:

- di essere residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
e di essere domiciliato/a (*solo se diverso dalla residenza*) in \_\_\_\_\_  
(Prov. \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_;
- che i recapiti, per le comunicazioni, sono:  
 PEC \_\_\_\_\_  
 telefono cellulare \_\_\_\_\_  
 e-mail \_\_\_\_\_
- di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell’Unione Europea;  
**oppure** di rientrare in una delle categorie ammesse dall’avviso di selezione (familiare di cittadino UE, titolare di status di rifugiato o di protezione sussidiaria, cittadino di Paese terzo in possesso di titolo di soggiorno idoneo allo svolgimento di lavoro subordinato);  
per i cittadini di Paesi non UE, di essere in possesso del seguente titolo di soggiorno:  
\_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della laurea in \_\_\_\_\_  
conseguita in data \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_  
(*in caso di titolo conseguito all'estero*) di essere in possesso del provvedimento di equipollenza/equivalenza

**oppure** di aver presentato istanza di riconoscimento, i cui estremi sono i seguenti:

- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di farmacista, conseguita in data \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto/a all'Albo Professionale dei Farmacisti della Provincia di \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, **oppure** di impegnarsi a perfezionare l'iscrizione prima dell'eventuale assunzione;
- di godere dei diritti civili e politici (per cittadini non italiani anche nello Stato di cittadinanza);
- di non aver riportato condanne penali definitive o provvedimenti definitivi che impediscano, ai sensi della normativa vigente, la costituzione di un rapporto di lavoro con la Pubblica Amministrazione o lo svolgimento dell'attività di farmacista;
- di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per insufficiente rendimento, né licenziato/a a seguito di procedimento disciplinare, né dichiarato/a decaduto/a da un impiego pubblico;
- di non incorrere nelle cause ostative di cui all'art. 53, comma 16 ter, d.lgs. 165/2001;
- il possesso dei seguenti titoli da sottoporre a valutazione ai sensi di quanto previsto al punto 6 dell'avviso di selezione:

**Voto di laurea:** \_\_\_\_\_

**Master universitario / Dottorato di ricerca attinente al profilo (se posseduto):**

Titolo \_\_\_\_\_

Università/Istituto \_\_\_\_\_

Anno di conseguimento \_\_\_\_\_

**Esperienza lavorativa come farmacista collaboratore**

Data inizio e fine (giorno/mese/anno)	Datore di lavoro	Ruolo

- di autorizzare, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, Farmacie Altopascio s.r.l. al trattamento dei propri dati personali per le finalità connesse alla presente procedura di selezione
- di acconsentire alla pubblicazione del proprio nominativo negli elenchi relativi a calendari ed esiti delle prove, con le relative votazioni conseguite;

**CANDIDATI CON DISABILITÀ O DSA**

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere portatore/trice di disabilità o di essere affetto/a da disturbi specifici di apprendimento (DSA) e richiede i seguenti ausili e/o tempi aggiuntivi per lo svolgimento delle prove:

---

---

(Allega idonea certificazione medica, come previsto dall'avviso di selezione)

Allega alla presente domanda:

- copia documento di identità in corso di validità
- curriculum vitae formativo-professionale

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_