



**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 _____