

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE AD EVIDENZA PUBBLICA PER LA FORMAZIONE DI UNA “GRADUATORIA DI FARMACISTI COLLABORATORI CUI ATTINGERE PER EVENTUALI ASSUNZIONI A TEMPO INDETERMINATO O DETERMINATO CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PIENO O A TEMPO PARZIALE E/O PER INCARICHI/SOSTITUZIONI”

All'Amministratore Unico
Farmacom Fabriano S.r.l.u. Società Benefit
Viale Campo Sportivo n. 8 – 60044 FABRIANO (AN)
PEC: FARMACOMFABRIANO@legalmail.it

Oggetto: Domanda di ammissione alla selezione per Farmacista Collaboratore

Il/La sottoscritto/a _____ Codice Fiscale: _____
Luogo di nascita: _____ Data di nascita: ____ / ____ / ____
Residente in (indirizzo completo): _____ CAP: _____ Comune: _____
Provincia: _____ Telefono: _____ PEC (obbligatoria): _____
Email ordinaria: _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla selezione pubblica per la formazione della graduatoria di Farmacisti Collaboratori.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ (ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000)

- ☐ di essere cittadino/a italiano/a oppure di Stato membro UE (specificare): _____;
- ☐ di godere dei diritti civili e politici;
- ☐ di non essere escluso/a dall'elettorato attivo;
- ☐ di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso (oppure specificare): _____;
- ☐ di non essere stato/a licenziato/a, destituito/a o dispensato/a da Pubblica Amministrazione o società partecipate;
- ☐ di possedere idoneità psico-fisica alla mansione;
- ☐ di non trovarsi in condizioni di incompatibilità o inconferibilità ex D.Lgs. 39/2013;
- ☐ di non essere in godimento di trattamento di quiescenza;
- ☐ di non trovarsi nelle cause ostative di cui all'art. 35-bis D.Lgs. 165/2001;
- ☐ di possedere adeguata conoscenza della lingua italiana (per cittadini non italiani);
- ☐ di possedere conoscenza della lingua inglese;
- ☐ di possedere conoscenze informatiche di base;
- ☐ di accettare integralmente e senza riserve tutte le condizioni del bando;
- ☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo o PEC

REQUISITI SPECIFICI

Laurea in _____ Classe di laurea: _____

Università: _____ Data conseguimento: ____ / ____ / ____

Votazione: ____ / 110

☐ di essere abilitato/a all'esercizio della professione di Farmacista;

☐ di essere iscritto/a all'Albo dei Farmacisti (Provincia): _____ n. _____

TITOLI DI SERVIZIO (dettagliare per ciascun rapporto)

Ente/Azienda: _____

Tipologia (Farmacia/Parafarmacia/Ente pubblico/Privato): _____

Profilo professionale e livello: _____

Periodo: dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Ente/Azienda: _____

Tipologia (Farmacia/Parafarmacia/Ente pubblico/Privato): _____

Profilo professionale e livello: _____

Periodo: dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Ente/Azienda: _____

Tipologia (Farmacia/Parafarmacia/Ente pubblico/Privato): _____

Profilo professionale e livello: _____

Periodo: dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Ente/Azienda: _____

Tipologia (Farmacia/Parafarmacia/Ente pubblico/Privato): _____

Profilo professionale e livello: _____

Periodo: dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Ente/Azienda: _____

Tipologia (Farmacia/Parafarmacia/Ente pubblico/Privato): _____

Profilo professionale e livello: _____

Periodo: dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Ente/Azienda: _____

Tipologia (Farmacia/Parafarmacia/Ente pubblico/Privato): _____

Profilo professionale e livello: _____

Periodo: dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

TITOLI DI STUDIO E ULTERIORI TITOLI VALUTABILI

Certificazione lingua inglese (specificare): _____;

Certificazione ECDL/ICDL: _____;

Master universitario (specificare): _____;

Altri corsi/attestati attinenti: _____;

TITOLI DI PREFERENZA (Allegato 1 del bando)

Il/La sottoscritto/a dichiara di possedere i seguenti titoli di preferenza:

AUSILI E TEMPI AGGIUNTIVI (L.104/1992 – L.170/2010)

Eventuali ausili richiesti: _____

Tempi aggiuntivi richiesti: _____

(Allegare certificazione sanitaria)

ALLEGATI OBBLIGATORI

- ☐ Curriculum vitae datato e firmato;
- ☐ Copia documento di identità in corso di validità;
- ☐ Ricevuta versamento contributo € 30,00;
- ☐ Documentazione titoli di preferenza (se dichiarati);
- ☐ Certificazione medica (se richiesta).

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali contenuta nel bando di selezione e di autorizzare il trattamento dei dati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Luogo e Data: _____

Firma (non autenticata): _____