

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

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”

(in carta libera)

**All’Amministratore Unico
della Farmacom Fabriano S.r.l.U. Soc.Benefit
Viale Campo Sportivo n. 8
60044 FABRIANO (AN)
PEC = farmacombfabriano@legalmail.it**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____ in Via/Piazza
_____, n. _____ C.F. _____,
Stato civile _____ Tel. _____ Cell. _____
e-mail _____ PEC _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione in epigrafe e a tale scopo - consapevole delle responsabilità civili e penali previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci –

DICHIARA

quanto segue (*depennare le dichiarazioni non pertinenti*):

- che le proprie generalità sono quelle sopra riportate;
- il possesso della cittadinanza italiana;

(*oppure*) la cittadinanza del seguente Stato della Unione Europea : _____
e adeguata conoscenza della lingua italiana;

• di godere dei diritti civili e politici (*per i cittadini dell’Unione Europea, anche negli Stati di appartenenza o provenienza*) e di essere iscritto/a nelle liste elettorali nel Comune di _____;

• il possesso del titolo di studio di cui all’art. 1 del bando, e precisamente:

Laurea in _____ Conseguita il ____/____/_____
presso _____, con votazione finale di ____;
(per il titolo di studio conseguito all'estero, indica gli estremi del provvedimento che ne attesta l'equipollenza al diploma di laurea rilasciato da Università italiane _____)

• di aver conseguito in data _____ l’Abilitazione di Stato all’esercizio della professione di farmacista;

- di essere iscritt__ all'Albo Professionale presso all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____, data di iscrizione _____, numero di iscrizione _____;
- di iscritt__ nelle liste elettorali Comune di _____ ovvero il motivo della non iscrizione o della cancellazione dalle stesse _____;
- di avere adeguata conoscenza dell'uso delle apparecchiature e delle applicazioni informatiche più diffuse;
- di essere in posizione regolare nei confronti dell'obbligo di leva e di quelli relativi al servizio militare volontario (per i candidati cittadini italiani di sesso maschile nati entro il 31/12/1985) in quanto (*specificare se assolto, esente, riformato, soprannumerario, ecc.*):_____;
- di non aver riportato condanne penali (applicazioni di pena ex art. 444 c.p.p.) e di non essere stato interdetto o sottoposto a misure di sicurezza o di prevenzione;
- di non avere procedimenti penali in corso;
- di non aver riportato sanzioni disciplinari superiori alla censura;
- di essere in possesso della idoneità psico-fisica al servizio continuativo ed incondizionato nelle mansioni proprie della qualifica di farmacista e di essere esente da tossicodipendenze ed alcool-dipendenza;
- di non essere stato licenziato/a per motivi disciplinari, destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso enti locali o aziende pubbliche o private con provvedimento definitivo;
- di aver effettuato il versamento del contributo spese pari a 30,00 euro (trenta/00 euro), non rimborsabili, come da allegata ricevuta;
- di non aver superato del limite massimo di età previsto dalle norme vigenti per il collocamento a riposo;
- di possedere i seguenti titoli vari (*indicare dettagliatamente tutti i dati necessari per una eventuale verifica di veridicità, quali data di conseguimento, ente che lo ha rilasciato, ecc.*):
 pubblicazioni scientifiche: _____

idoneità in concorsi per esami a posti di livello pari o superiore a quello del posto messo a bando:

titoli post-laurea con esame finale (master, corsi di perfezionamento, scuole di specializzazione, ecc.):_____

dottorato di ricerca in _____

- di aver prestato servizio in qualità di farmacista collaboratore (oppure con qualifica superiore) presso farmacie private o municipalizzate, come di seguito specificato (*indicare tutti i periodi di servizio, anche ai fini della valutazione dei titoli*):

Farmacia: _____
con sede in _____ via _____ n. _____
Inquadramento contrattuale (*in caso di qualifica superiore*) _____
CCNL applicato: _____
Periodo di lavoro: dal ____/____/____ al ____/____/____
Regime orario (*se part-time indicare la percentuale*): _____

Farmacia: _____
con sede in _____ via _____ n. _____
Inquadramento contrattuale (*in caso di qualifica superiore*) _____
CCNL applicato: _____
Periodo di lavoro: dal ____/____/____ al ____/____/____
Regime orario (*se part-time indicare la percentuale*): _____

Farmacia: _____
con sede in _____ via _____ n. _____
Inquadramento contrattuale (*in caso di qualifica superiore*) _____
CCNL applicato: _____
Periodo di lavoro: dal ____/____/____ al ____/____/____
Regime orario (*se part-time indicare la percentuale*): _____

Farmacia: _____
con sede in _____ via _____ n. _____
Inquadramento contrattuale (*in caso di qualifica superiore*) _____
CCNL applicato: _____
Periodo di lavoro: dal ____/____/____ al ____/____/____
Regime orario (*se part-time indicare la percentuale*): _____

Farmacia: _____
con sede in _____ via _____ n. _____
Inquadramento contrattuale (*in caso di qualifica superiore*) _____
CCNL applicato: _____
Periodo di lavoro: dal ____/____/____ al ____/____/____
Regime orario (*se part-time indicare la percentuale*): _____

Farmacia: _____
con sede in _____ via _____ n. _____
Inquadramento contrattuale (*in caso di qualifica superiore*) _____
CCNL applicato: _____
Periodo di lavoro: dal ____/____/____ al ____/____/____
Regime orario (*se part-time indicare la percentuale*): _____

Farmacia: _____
con sede in _____ via _____ n. _____
Inquadramento contrattuale (*in caso di qualifica superiore*) _____

CCNL applicato: _____

Periodo di lavoro: dal ____/____/____ al ____/____/____

Regime orario (se part-time indicare la percentuale): _____

Farmacia: _____

con sede in _____ via _____ n. _____

Inquadramento contrattuale (in caso di qualifica superiore) _____

CCNL applicato: _____

Periodo di lavoro: dal ____/____/____ al ____/____/____

Regime orario (se part-time indicare la percentuale): _____

____ sottoscritt____ dichiara inoltre:

1) **di essere disponibile all'assunzione anche immediatamente dopo la pubblicazione della graduatoria definitiva;**

2) di essere consapevole che l'assunzione rimane subordinata, altresì, ai limiti imposti dalle disposizioni legislative vigenti e da motivate esigenze di organizzazione;

3) di avere preso visione e di accettare in modo pieno ed incondizionato le disposizioni contenute nell'avviso di selezione in particolare quelle relative alla facoltà, in capo alla Società, di annullare, revocare o modificare l'avviso di selezione e di prorogare il termine fissato per la presentazione delle domande;

4) di essere consapevole che tutte le comunicazioni/convocazioni inerenti alla presente procedura verranno effettuate, con valore di notifica a tutti gli effetti di legge, mediante avvisi pubblicati sul sito web www.farmacombfabriano.it;;

5) di autorizzare la Farmacom Fabriano S.r.l.U. Società Benefit, ai sensi della vigente normativa sulla privacy, al trattamento dei dati personali nell'ambito e per le finalità della procedura;

6) di allegare alla presente domanda:

copia fotostatica di un documento di identità in coso di validità;

ricevuta relativa al versamento di euro 30,00 (euro trenta), per contributo spese di selezione non rimborsabili;

il proprio curriculum professionale, debitamente datato e sottoscritto;

altro (ad esempio: copia delle pubblicazioni scientifiche, delle determinazioni di idoneità nei concorsi, degli attestati di partecipazione a corsi post laurea (esclusi quelli destinati al rilascio dei crediti formativi professionali), degli ulteriori titoli di studio, ecc.)

Fermo restando che ____ sottoscritt____ accetta che tutte le comunicazioni/convocazioni inerenti alla presente procedura selettiva verranno effettuate mediante avvisi pubblicati sul sito web www.farmacombfabriano.it, dichiara che eventuali comunicazioni potranno essere inviate, a discrezione della Società, tramite messaggistica al n. di cell. _____ ovvero al seguente indirizzo di email _____ o P.E.C. _____ e si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione.

Luogo _____ Data _____

Firma _____