

**Modello domanda di partecipazione per la formazione di
una graduatoria da utilizzare per l'assunzione a tempo
indeterminato o determinato, full-time o part-time, del
profilo professionale di "Farmacista Collaboratore", CCNL
Aziende Farmaceutiche Speciali (ASSOFARM)**

Spett.le
Farmacie Genovesi S.r.l.
Via San Giorgio,1
16128 – Genova

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

Di essere ammesso/a a partecipare alla selezione pubblica per la formazione di una graduatoria da utilizzare per l'assunzione a tempo indeterminato o determinato, full-time o part-time, di farmacisti collaboratori – Livello 1° "CCNL per i dipendenti di aziende farmaceutiche speciali – ASSOFARM".

A tal fine, sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci di cui all' art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

A. Di essere residente in _____ (Prov. _____) Via/Piazza
_____ n. _____ C.A.P. _____, e di avere domicilio
(compilare se differente da residenza) in _____ (Prov. _____) Via/Piazza
_____ n. C.A.P. _____;

B. Che i propri recapiti sono:

- PEC (se posseduta) _____;
- Cellulare _____;
- E-mail _____;

C. Di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri appartenenti all' Unione Europea; oppure di essere familiare di cittadino di Stato membro dell' Unione Europea, non avente cittadinanza di uno Stato membro, titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente; oppure di essere cittadino di Paesi terzi titolare del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo o titolare dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria ai sensi della normativa vigente *(per i cittadini dei Paesi terzi andrà indicato anche il titolo che consente di soggiornare in Italia _____)*;

D. *(per i cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea e dei Paesi Terzi)* di avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana parlata e scritta;

- E. Di essere in possesso dell'idoneità psico fisica allo svolgimento delle mansioni specifiche della posizione lavorativa oggetto di selezione;
- F. Di essere in possesso del seguente titolo di studio necessario ai fini dell' ammissione alla selezione:
_____, conseguito in data _____,
presso _____ (i candidati in possesso di un titolo di studio conseguito all'
estero, devono indicare di seguito gli estremi del provvedimento con il quale il titolo di studio posseduto
è stato riconosciuto equipollente al corrispondente titolo di studio italiano richiesto dal presente avviso
di selezione: _____);
- G. Di essere in possesso della abilitazione all' esercizio della professione di farmacista conseguita in data
_____;
- H. Di essere iscritto/a all' Albo professionale dei Farmacisti della provincia di _____, al
n° _____ in data _____;
- I. Di godere dei diritti civili e politici (*per i cittadini di uno dei Paesi dell'Unione Europea o di Paesi terzi di
godere dei diritti civili e politici anche negli Stati di appartenenza o provenienza*);
- J. Di non aver riportato condanne penali che impediscano la costituzione del rapporto di lavoro con la
Pubblica Amministrazione;
- K. Di non essere stato destituito o dispensato, ovvero essere stato dichiarato decaduto dall' impiego presso
una pubblica amministrazione;
- L. Di non incorrere nelle cause ostative di cui all' art. 53, comma 16 ter, d.lgs. 165/2001;
- M. Il possesso dei seguenti titoli da sottoporre a valutazione ai sensi di quanto previsto al punto 6 dell'avviso
di selezione:

1	Titolo di studi	Votazione
	Laurea	
	Dottorato	
	Master	

Esperienze lavorative:[illegible]

- N. Di autorizzare, ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, Farmacie Genovesi S.r.l al trattamento dei propri dati personali ai soli fini della presente procedura di selezione, si precisa che non compariranno i nominativi di ciascun candidato, ma verrà utilizzato un codice identificativo che verrà comunicato via PEC/mail;
- O. Il candidato, se portatore di handicap, deve specificare di seguito l ' eventuale ausilio necessario in relazione al proprio handicap; nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi per lo svolgimento delle prove:

Si allega alla presente:

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

DATA _____

FIRMA _____