AZIENDA SPECIALE FARMACIE COMUNALI:
Sede Legale: via Dante Alighieri n.2 - 20068 Peschiera Borromeo -MI-
Telefono: 02 5473859
e-mail: segreteria@farmaciecomunalipeschiera.it
Part. Iva e Cod. fisc. N. 11674080152

ALLEGATO "DOMANDA DI AMMISSIONE"

(Il presente modello dovrà essere compilato nelle parti mancanti preferibilmente a mano)

AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA PER PROVE SELETTIVE PER L'ASSUNZIONE DI N. 2 "FARMACISTI COLLABORATORI" CON CONTRATTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO E A TEMPO PIENO – LIVELLO 1° DEL CCNL PER I DIPENDENTI DELLE IMPRESE GESTITE O PARTECIPATE DAGLI ENTI LOCALI, ESERCENTI FARMACIE, PARAFARMACIE, MAGAZZINI FARMACEUTICI ALL'INGROSSO, LABORATORI FARMACEUTICI.

Spett.
Azienda Speciale Farmacie Comunali
Via Dante N. 2
20068 PESCHIERA BORROMEO

Il/La sottoscritto/a

cognome.....

nome .....

codice fiscale …..……

CHIEDE

Di essere ammesso/a a partecipare alla selezione per prove selettive per l'assunzione di N. 2 Farmacisti Collaboratori, con contratto a tempo indeterminato tempo pieno, livello 1° del CCNL per i dipendenti delle imprese gestite o partecipate dagli enti locali, esercenti farmacie, parafarmacie, magazzini farmaceutici all'ingrosso, laboratori farmaceutici.

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

DICHIARA:

- che la domanda di partecipazione è costituita da N. 7 pagine, che qui s'intendono, con l'apposizione della firma nella settima e ultima pagina, integramente lette, accettate e sottoscritte;
- di essere nato il ……..

  a ..... (Prov. _____);
- di avere la residenza nel Comune di ……...

  ……

  in Via ……. ……..N…….

  CAP…….telefono ……. …….

  e-mail ..... ;
- di essere domiciliato nel Comune di ……..

  ……

  … in Via ….……..N…….

. CAP……..telefono ..... ;
- di essere in possesso:

  → della cittadinanza italiana

  oppure **(eliminare l'ipotesi che NON ricorre)**

  → di essere in possesso della cittadinanza di uno dei Paesi membro U.E oppure di altro Paese (indicare quale): ….……..

  → di essere familiare di cittadini degli Stati membri dell'U.E. titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente (indicare quale)……

  ……...

→ di essere cittadino di Paesi terzi titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (indicare quale)…….....
,

→ di essere cittadino di paesi terzi titolari dello status di rifugiato (indicare quale)
……..……;

→ di essere cittadino di paesi terzi titolari dello status di protezione sussidiaria (indicare quale) ……..……;

- di godere dei diritti politici e civili;
- (nel caso di candidati di Stati Membri Unione Europea diversi dall'Italia e/o Stati diversi dall'Italia) di godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza (indicare quale)..…… ……..……;
- di avere regolare posizione nei confronti degli obblighi di leva e degli obblighi i servizio militare o di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari…… ……..……;
- di non avere condanne penali o procedimenti penali in corso che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione di rapporto di impiego con la Pubblica Amministrazione;
- di non essere stato destituito, dispensato, non essere decaduto dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- che non esistono altri motivi di incompatibilità all'assunzione previste dalla legge (tra l'altro, ex DLgs 267 / 2000 e DLgs 39/2013);
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

1) ……

……

conseguito presso

……..……

…… in data
..... , votazione……

2) ……

……

conseguito presso

……..……

…… in data
..... ,

votazione……

- (nel caso di candidati appartenenti ad altri Stati membri dell'Unione Europea diversi dall'Italia e/o a Stati diversi dall'Italia), che gli estremi del Decreto Ministeriale con il quale è stato riconosciuto l'idoneità del titolo di studio posseduto, conseguito all'estero sono:

……

……

- di essere iscritto all'Albo Professionale dei Farmacisti della Provincia di …….....

……Al N° ……..

dal ..... ;

oppure **(eliminare l'ipotesi che NON ricorre)**

di non essere iscritto all'Albo Professionale dei Farmacisti e di essere consapevole che il

requisito dell'iscrizione all'Albo Professionale dei Farmacisti dovrà essere posseduto

obbligatoriamente alla data della consegna della lettera di nomina per l'assunzione, a pena di non assunzione;

- di essere abilitato all'esercizio della professione:

  Istituto……..…….....

  ……

  anno di conseguimento ..... ;

- (nel caso di candidati appartenenti ad altri Stati membri dell'Unione Europea diversi dall'Italia e/o a Stati diversi dall'Italia), che gli estremi dell'atto con il quale è stato riconosciuto l'idoneità dell'abilitazione conseguita all'estero sono :

  ……

  ……...;

oppure **(eliminare l'ipotesi che NON ricorre)**

- di non essere abilitato all'esercizio della professione e di essere consapevole che il requisito dell'abilitazione all'esercizio della professione dovrà essere posseduto **obbligatoriamente alla data della consegna della lettera di nomina per l'assunzione, a pena di non assunzione;**

- di essere di sana e robusta costituzione fisica ed esente da difetti che diminuiscano le attitudini alle funzioni inerenti il servizio, compreso il turno notturno;
- di avere ottima conoscenza della lingua italiana parlata e scritta;
- di avere buona conoscenza di almeno una lingua straniera tra inglese, francese, tedesco o spagnolo (**specificare quale**) ……

  ……;

- di avere buone competenze informatiche di base;
- di aver preso visione sia del presente avviso di selezione pubblica, sia del regolamento per il personale, sia del regolamento per l'organizzazione degli uffici e dei servizi, sia del codice etico aziendale, pubblicati sul sito aziendale www.farmaciecomunalipeschiera.it ;
- di accettare senza alcuna riserva le condizioni del presente avviso di selezione pubblica e le norme nello stesso richiamate;
- di possedere tutti i requisiti previsti dall'avviso di selezione pubblica, nessuno escluso;
- di aver compreso che la selezione verrà effettuata con le modalità indicate nell'avviso di selezione;
- che il numero telefono, presso cui effettuare eventuali comunicazioni relative alla selezione e al quale reperire il sottoscritto in qualsiasi momento, è:……;
- che l'indirizzo e-mail, presso cui effettuare eventuali comunicazioni relative al concorso e al quale reperire il sottoscritto in qualsiasi momento,è:…….. ……;
- che il recapito presso il quale desidera siano trasmesse eventuali comunicazioni relative alla selezione, è Via …….. N. …… CAP …….. Comune ……. presso……
- di aver compreso che eventuali successive variazioni del: numero di telefono, indirizzo e-mail, di residenza, domicilio o di recapito dovranno essere tempestivamente comunicati all'Azienda Speciale Farmacie Comunali tramite raccomandata A.R. o posta elettronica;
- di essere consapevole che ad ogni candidato verrà inviato tramite e-mail un numero/codice identificativo esclusivo, che lo identificherà in tutte le fasi della selezione e che pertanto sul sito

web aziendale non verrà pubblicato il nominativo del candidato, ma solamente il numero/codice identificativo ad egli attribuito ed associato;

- di aver compreso che la data, l'ora ed il luogo della prova orale, nonché l'elenco dei numeri/codici identificativi dei candidati ammessi o in graduatoria saranno pubblicate sul sito web www.farmaciecomunalipeschiera.it;
- di autorizzare l'Azienda alla pubblicazione sul sito web aziendale dei numeri/codici identificativi dei candidati ammessi o nella graduatoria finale, per le comunicazioni di rito;
- di aver compreso che ai candidati non ammessi e/o esclusi dalla selezione sarà inviata una comunicazione scritta, a mezzo di posta elettronica (e-mail), con i motivi della loro non ammissione e/o esclusione;
- di autorizzare l'Azienda Speciale Farmacie Comunali di Peschiera Borromeo al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) ai soli fini inerenti le procedure concorsuali;
- di essere consapevole di quanto dichiarato nella domanda e di essere a conoscenza delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000.

In fede

_____ Lì_____

(luogo e data)

Firma del candidato/a

_____

La domanda deve essere firmata in modo leggibile e per esteso

Allegare:

- **fotocopia della carta d'identità in corso di validità**
- **Curriculum Vitae completo, datato e firmato**