

**Alla commissione esaminatrice
società FARMA.CO. S.r.l.**

__ sottoscritt _____, visto l'avviso pubblico di reclutamento per il personale pubblicato in data 31 maggio 2021 per la costituzione di una graduatoria per l'inserimento di una figura di apprendista farmacista collaboratore a tempo pieno

CHIEDE

di essere ammess_ a partecipare alla suddetta selezione e, a tal fine, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

1. Cognome e nome _____ Luogo di nascita _____
2. Data di nascita _____ Residente a _____, via _____ Tel _____ mail _____
3. Titolo di studio _____ conseguito presso _____ nell'anno _____ con il punteggio _____
4. Di essere in possesso della cittadinanza italiana, o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea oppure essere cittadino extracomunitario in possesso di regolare permesso di soggiorno CE per lavoro. Coloro che non sono cittadini italiani devono dichiarare lo Stato di nascita e devono possedere, oltre ai requisiti previsti, anche il requisito del godimento dei diritti civili e politici negli stati di appartenenza e della adeguata conoscenza della lingua italiana parlata e scritta, da accertare durante la selezione.
5. Di godere dei diritti civili e politici e di quelli inerenti all'elettorato attivo;
6. Di non avere riportato condanne penali e non avere procedimenti penali in corso che impediscano la costituzione del rapporto di lavoro;
7. Di essere in possesso della idoneità fisica all'impiego e alle mansioni proprie del profilo

FAC SIMILE ALLEGATO A

professionale oggetto della selezione.

8. Di essere in possesso di laurea specialistica in Farmacia ovvero in Chimica e Tecnologie Farmaceutiche, oppure Laurea Magistrale in Farmacia o in Chimica e Tecnologie Farmaceutiche.
9. Di essere in possesso di abilitazione all'esercizio della professione e iscrizione all'Ordine dei Farmacisti.
10. Di essere in possesso della patente di guida di categoria "B".
11. Di allegare alla presente richiesta:
 - a. il proprio curriculum vitae;
 - b. copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità
 - c. Certificato di iscrizione all'ordine dei farmacisti
 - d. Copia del diploma di laurea o certificazione sostitutiva rilasciata dall'università.

____ sottoscritt__ dichiara inoltre di accettare senza riserve tutte le condizioni della procedura di selezione e di autorizzare la società FARMA.CO. S.r.l. ad utilizzare i dati personali contenuti nella presente per le finalità relative alla selezione, ai sensi del regolamento UE 2016/679 (GDPR) in merito al trattamento dei dati personali.

Mirandola, li _____

Il/la candidato/a
