

ALLEGATO A

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

FARMA.CO SRL

**AVVISO PER EVENTUALI FUTURE ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO
FIGURA DI FARMACISTA COLLABORATORE – LIVELLO Q3 – CCNL FEDERFARMA**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente nel Comune di _____
in via/piazza _____ (prov. _____) CAP _____
Codice Fiscale _____
tel. _____ e-mail _____

CHIEDE

di partecipare alla raccolta di candidature per le eventuali assunzioni in oggetto con riferimento alla posizione di FARMACISTA COLLABORATORE a tempo determinato;

A tal fine, consapevole delle responsabilità e sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia in caso di dichiarazioni falsi false e mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445

DICHIARA

1. di avere un'età non inferiore ai 18 anni;
2. di essere in possesso di cittadinanza italiana (o di cittadinanza di altro Stato dell'Unione Europea);
3. di avere l'idoneità psico-fisica all'impiego ed allo svolgimento delle funzioni inerenti il servizio, compreso il turno notturno;
4. di non aver subito condanne penali e non avere procedimenti penali in corso che impediscono la costituzione del rapporto d'impiego;
5. di avere il godimento dei diritti civili e politici;
6. di essere in possesso del seguente titolo di studio

conseguito in data _____ presso (indicare l'Ente) _____
con votazione _____;

7. di essersi iscritto all'Albo Professionale dei Farmacisti della provincia di _____
in data _____ numero iscrizione _____;
8. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione in data _____ presso
l'Istituto/Università _____
9. di indicare il seguente domicilio presso il quale inviare le comunicazioni (solo se diverso dal luogo di residenza)

10. di essere in possesso della patente di guida di categoria "B";
11. di avere conoscenza dell'uso delle apparecchiature e delle applicazioni informatiche più diffuse;
12. di avere ottime capacità relazionali, dinamismo e disponibilità a prestazioni lavorative nelle giornate di sabato, di domenica e – in base ai turni di servizio– anche quelle festive e/o notturne;

DICHIARA INOLTRE

- Che le informazioni riportate nella presente domanda e in tutti gli allegati sono veritieri e corretti, assumendosi la responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci ai sensi del D.P.R. 445/2000;
- Di autorizzare al trattamento, nel rispetto della normativa nazionale e UE, dei dati personali forniti nella presente domanda e nella documentazione allegata ai fini dell'espletamento di tutte le procedure connesse alla selezione in oggetto;
- Di aver preso visione e di accettare tutto quanto contenuto nell'avviso selezione.

(Luogo e data)

(firma dell'interessato)

A corredo della presente allega:

- 1) il curriculum professionale debitamente sottoscritto e recante autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003;
- 2) una copia del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità;
- 3) copia del titolo di studio richiesto;
- 4) copia del certificato di abilitazione alla professione;
- 5) Copia iscrizione all'Ordine professionale dei farmacisti;