

MODULO DOMANDA

AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA PER LA ASSUNZIONE DI UN PROFILO PROFESSIONALE “FARMACISTA COLLABORATORE” (1° Liv. CCNL Farmacie Private) FULL-TIME A TEMPO INDETERMINATO.

(termine per il ricevimento delle istanze di ammissione: ore 12.00 del 15/11/2024)

Farmacia Comunale Farma Aprilia S.r.l.
Via Inghilterra, 108
Aprilia – Lt- 04011

l sottoscritto

(Cognome)

(Nome)

nat_ a _____, prov. _____, il ___ / ___ / _____,

residente a _____, via _____, n. _____, scala _____, int. _____,

C. F. Tel. _____,

PEC _____

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione pubblica per l’assunzione di un profilo professionale “farmacista collaboratore” (1° liv. CCNL Farmacie Private) full-time a tempo indeterminato.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici,

DICHIARA

- di avere la cittadinanza italiana o di uno Stato aderente all’Unione Europea o, per i cittadini extra-comunitari, di essere munito della carta o del permesso di soggiorno ai sensi della Legge 06 marzo 1998, n. 40 e del Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286 e s.m.i.;
- di essere in possesso di diritti civili e politici e di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____;
- di non essere coinvolto in alcun procedimento amministrativo o giudiziario previsto dal D.Lgs. 231/01 e s.m.i.;
- di essere immune da condanne penali e, comunque, immune da ogni fatto che comporti la non legittima costituzione del rapporto di lavoro;

- di non essere stato/a interdetto/a dai pubblici uffici, nonché destituito/a o dispensato/a ovvero licenziato/a dall'impiego c/o una Pubblica Amministrazione, ovvero non essere stato/a dichiarato/a decaduto/a da un impiego;
- di essere di sana e robusta costituzione fisica ed esente da difetti che diminuiscano le attitudini alle funzioni inerenti al servizio;
- di possedere il seguente Titolo di Studio:
Diploma di laurea in _____, conseguita presso _____, in data _____;
- di essere iscritto all'Albo Professionale dei Farmacisti nella Provincia di _____, in data _____;
- di essere abilitato/a all'esercizio della professione. Indicare l'Istituto di abilitazione: _____ e l'anno di conseguimento: _____;
- di avere buone competenze informatiche di base sia generiche che per l'utilizzo del programma di gestione della farmacia (WinGesFar – attualmente in uso nella Farmacia Comunale Farma Aprilia)
- di essere in posizione regolare nei confronti degli obblighi di leva se soggetto a tale obbligo;
- di aver svolto le seguenti mansioni previste dal profilo professionale ricercato ed indicato nel presente bando di gara:
 - _____ presso la farmacia _____ nel periodo _____;
 - _____ presso la farmacia _____ nel periodo _____;
 - _____ presso la farmacia _____ nel periodo _____;
 - _____ presso la farmacia _____ nel periodo _____;
- di allegare alla presente domanda ogni ulteriore titolo professionale, culturale e di servizio utile a valutare la competenza del candidato nello svolgimento delle mansioni previste (sono esclusi i titoli ECM);
- di non avere avuto, e non avere in corso, contenziosi con il Comune di Aprilia;
- di indicare in allegato alla presente domanda eventuali titoli di preferenza disciplinati da legge.
- **di essere disponibile all'assunzione immediatamente dopo la pubblicazione della graduatoria definitiva**

Luogo e data

Firma del richiedente

(firma leggibile per esteso)

Documentazione da allegare:

- copia documento d'identità;
- nel caso di cittadino extracomunitario, copia permesso di soggiorno;

DICHIARA, altresì,

- di essere consapevole che sulle dichiarazioni rese verranno effettuati controlli ai sensi del D.P.R. 445/2000;
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente domanda viene presentata.

Luogo e data

Firma del richiedente

(firma leggibile per esteso)

-