DOMANDA DI AMMISSIONE FARMACIA CONCORDIA SRL

Presso Comune di Concordia Sagittaria

Piazzale Matteotti, 19

30023 CONCORDIA SAGITTARIA VE

Il/La sottoscritto/a (Cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### CHIEDE

di essere ammesso alla selezione, per curriculum e colloquio, per l’assunzione a tempo pieno e determinato di un “FARMACISTA DIRETTORE”.

**Dichiara, ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art.76 del citato D.P.R. e per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci quanto segue:**

*Dati anagrafici*

(Cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Tel. Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel . (altro) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INDIRIZZO CUI INVIARE EVENTUALI COMUNICAZIONI (SOLO SE diverso dalla residenza):

Presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiara, altresì, di essere in possesso, alla data di presentazione della candidatura, dei requisiti di carattere generale, come di seguito specificato:**

di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ovvero di non essere iscritto o di essere stato cancellato per i seguenti motivi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali pendenti, (oppure: di avere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

di avere assolto gli obblighi militari (per i candidati di sesso maschile);

di non essere stat \_ destituit \_ né dispensat \_ dall’impiego presso una Pubblica Amministrazione (oppure indicare le cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego);

• di non trovarsi in alcuna condizione di incompatibilità con il ruolo trattato nel presente bando;

• di non presentare alcuna delle cause di inconferibilità di cui al D.Lgs.39/2013 e s.m.i. con riferimento all’incarico farmacista direttore di un ente con personalità giuridica di diritto pubblico;

• di non essere stato/a escluso/a dall'elettorato attivo;

• di non essere stato a destituito a o dispensato/a o licenziato/a dall'impiego presso una pubblica Amministrazione, anche nel caso in cui l'impiego sia stato conseguito mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

• di possedere idoneità fisica all'espletamento delle mansioni da svolgere.

**Dichiara di essere in possesso, alla data di presentazione della candidatura, dei requisiti di carattere professionale, come di seguito specificato:**

* di essere in possesso del seguente Titolo di studio:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con votazione pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* di esser in possesso dell’abilitazione alla professione di farmacista;
* di essere iscritto all’Albo dell’ordine dei Farmacisti della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. d’ordine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_\_\_\_;
* essere in possesso di regolare patente di guida categoria B e automunito/a;
* aver prestato servizio nell’ultimo biennio come collaboratore farmacista e/o farmacista direttore presso farmacie aperte al pubblico (elencare)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

In riferimento ai requisiti di carattere professionale, si allega Curriculum Vitae in formato europeo firmato e copia documento di identità in corso di validità.

Il/la sottoscritto/a dichiara di possedere la conoscenza delle più diffuse applicazioni informatiche.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che la Società FARMACIA CONCORDIA SRL non assume responsabilità per la dispersione di corrispondenza dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente, da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell’indirizzo indicato nella domanda, né eventuali postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o a forza maggiore.

Il/la sottoscritto/a dichiara di non avanzare richieste di risarcimento o pretesa alcuna nei confronti della Società FARMACIA CONCORDIA SRL qualora, per il rispetto dei vincoli e delle norme vigenti in materia di conferimento di incarichi e di spese del personale, la stessa non possa procedere al conferimento dell’incarico.

Il/la sottoscritto/a si impegna a notificare tempestivamente mediante raccomandata con avviso di ricevimento le eventuali variazioni del recapito sopra indicato che dovessero intervenire successivamente alla data di presentazione della domanda.

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla procedura selettiva, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003.

Allega alla domanda:

Curriculum formativo e professionale;

Copia di valido documento di identità.

Luogo, data Firma (\*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) la firma non deve essere autenticata