

Il/La sottoscritto/a (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_  
Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
N.ro di telefono fisso \_\_\_\_\_ N.ro di telefono cellulare \_\_\_\_\_  
Eventuale indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

## CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO ALLA SELEZIONE, PER TITOLI E COLLOQUIO, FINALIZZATA ALLA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA, CON VALIDITA' TRIENNALE, DA UTILIZZARE PER ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO E A TEMPO PARZIALE DI FARMACISTI COLLABORATORI

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:

- di essere cittadino \_\_\_\_\_
- 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 possedere l' idoneità fisica allo svolgimento delle mansioni relative al ruolo oggetto della selezione;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con votazione pari a \_\_\_\_\_, con relativa abilitazione;
- di essere iscritto all'Albo dell'ordine dei Farmacisti della Provincia di \_\_\_\_\_ al n. d'ordine \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

- di avere la seguente attuale posizione lavorativa \_\_\_\_\_;
- di essere consapevole della veridicità delle dichiarazioni fatte nella domanda nonché delle informazioni rese nel curriculum allegato e di essere a conoscenza delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni;
- che l'INDIRIZZO CUI INVIARE EVENTUALI COMUNICAZIONI (SOLO SE diverso dalla residenza) è il seguente:

Presso \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
c.a.p. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

- di impegnarsi a comunicare gli eventuali cambiamenti di recapito;
- di accettare, senza riserva, tutte le condizioni stabilite nel presente avviso.

Il sottoscritto autorizza il C.F.I. al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 ai fini inerenti la procedura selettiva.

Allega alla domanda:

- Curriculum formativo e professionale, datato e firmato in ogni pagina;
- Copia di valido documento di identità.

Data

Firma (\*)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(\*) la firma non deve essere autenticata