

DOMANDA DI AMMISSIONE

Spett.le Consorzio Farmaceutico Intercomunale

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