

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE BANDO DI SELEZIONE PUBBLICA PER L'ASSUNZIONE DI UN/UNA COMMESSO/A DI FARMACIA A TEMPO PIENO E INDETERMINATO PRESSO LA DESENZANO AZIENDA SPECIALE SERVIZI

Il/La sottoscritto/a _____
 codice fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione pubblica per l'assunzione di n. 1 COMMESSO/A DI FARMACIA a tempo pieno e indeterminato – 5° livello del CCNL delle Aziende municipalizzate.

A tal fine - ai sensi degli artt. 46 e 47 del T.U. n. 445 del 28.12.2000 - consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato T.U. per le ipotesi di falsità in atti ed in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

a) di essere nato/a a _____ (Prov. ____) il _____;

b) di avere la residenza nel Comune di _____

in Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____

telefono _____ email _____;

c) di essere domiciliato/a nel Comune di _____

in Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____

telefono _____;

d) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____;

(in caso di mancata iscrizione o cancellazione dalle liste stesse indicare la causa: _____);

e) di godere dei diritti politici e civili;

f) di non aver riportato condanne penali e non avere procedimenti penali in corso;

g) di essere in possesso dell'idoneità fisica allo svolgimento delle mansioni specifiche relative al posto da ricoprire;

h) (per i cittadini italiani), di avere regolare posizione nei confronti degli obblighi di leva o di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari

i) di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per persistente insufficiente rendimento, o licenziato/a a seguito di procedimento disciplinare, o dichiarato decaduto/a dall'impiego per aver prodotto documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

j) di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____ conseguito presso: _____ in data _____

k) di essere in possesso del seguente titolo di riserva (eventuali):

o insignito di medaglia al valore militare

o mutilato o invalido di guerra ex combattente

o mutilato od invalido per fatto di guerra

o mutilato o invalido per servizio nel settore pubblico e privato

o orfano di guerra

o orfano di caduto per fatto di guerra

o orfano di caduto per servizio nel settore pubblico e privato

o ferito in combattimento

o insignito di croce di guerra o altra attestazione di merito di guerra o capo di famiglia numerosa

o figlio di mutilato o di invalido di guerra ex combattente

o figlio di mutilato o di invalido per fatto di guerra

o figlio di mutilato o di invalido per servizio nel settore pubblico e privato

o genitori vedovi non risposati e sorelle e fratelli vedovi o non sposati dei caduti in guerra

o genitori vedovi non risposati e sorelle e fratelli vedovi o non sposati dei caduti per fatto di guerra

o genitori vedovi non risposati e sorelle e fratelli vedovi o non sposati dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato

o aver prestato servizio militare come combattente

o coniugato e non coniugato con riguardo al numero dei figli a carico

o (numero figli: _____)

o mutilato o invalido civile

o militare volontario delle Forze Armate congedato senza demerito al termine della ferma o rafferma

6

o aver prestato lodevole servizio nelle amministrazioni pubbliche

l) di voler ricevere tutte le comunicazioni al seguente indirizzo e si impegna a comunicare ogni variazione che dovesse successivamente intervenire:

(indicare l'indirizzo completo del codice di avviamento postale e del numero di telefono)

m) di avere preso visione del bando di selezione per l'assunzione di un/a commesso/a di farmacia a tempo pieno e indeterminato presso la Desenzano Azienda Speciale Servizi, di accettare le condizioni e di essere in possesso dei requisiti indicati nel bando medesimo.

AI FINI DELLA VALUTAZIONE DEI TITOLI, dichiara quanto segue:

1. Di possedere i seguenti titoli di studio in ambito farmaceutico o sanitario:

2. Di avere prestato servizio presso le seguenti farmacie:

dal _____ al _____ farmacia _____ in qualità di _____

dal _____ al _____ farmacia _____ in qualità di _____

3. Di porre in evidenza le seguenti esperienze ritenute significative e contenute nel curriculum vitae allegato:

Data, _____

(firma)

La firma è obbligatoria pena la nullità della domanda. Se non è firmata in presenza dell'addetto alla ricezione, allegare

copia non autenticata di un documento di identità.

Informativa ai sensi dell'art. 13 della Legge n. 196/2003: i dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento concorsuale e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

ELENCO DEI DOCUMENTI PRESENTATI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

dichiara altresì di allegare alla domanda di partecipazione alla prova selettiva per l'assunzione di n. 1 commesso/a di farmacia i seguenti documenti:

1. Copia documento d'identità in corso di validità

2. _____

Data, _____

(firma)