

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 – 4° livello del CCNL farmacie private.

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

D I C H I A R A

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):

- insignito di medaglia al valore militare
- mutilato o invalido di guerra ex combattente
- mutilato od invalido per fatto di guerra
- mutilato o invalido per servizio nel settore pubblico e privato
- orfano di guerra
- orfano di caduto per fatto di guerra
- orfano di caduto per servizio nel settore pubblico e privato
- ferito in combattimento
- insignito di croce di guerra o altra attestazione di merito di guerra o capo di famiglia numerosa
- figlio di mutilato o di invalido di guerra ex combattente
- figlio di mutilato o di invalido per fatto di guerra
- figlio di mutilato o di invalido per servizio nel settore pubblico e privato
- genitori vedovi non risposati e sorelle e fratelli vedovi o non sposati dei caduti in guerra
- genitori vedovi non risposati e sorelle e fratelli vedovi o non sposati dei caduti per fatto di guerra
- genitori vedovi non risposati e sorelle e fratelli vedovi o non sposati dei caduti per servizio nel settore pubblico

e privato

- aver prestato servizio militare come combattente
- coniugato e non coniugato con riguardo al numero dei figli a carico
- (numero figli: _____)
- mutilato o invalido civile
- militare volontario delle Forze Armate congedato senza demerito al termine della ferma o rafferma

6

- aver prestato lodevole servizio nelle amministrazioni pubbliche

I) 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)