

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
PRESISPOSIZIONE GRADUATORIA
PER ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO ED INDETERMINATO,
PIENO O PART-TIME, DI FARMACISTA COLLABORATORE

Spett.le
Civitavecchia Servizi Pubblici S.r.l.

via Terme di Traiano, 42
00053 Civitavecchia (RM)

La sottoscritta / Il sottoscritto

(nome)

(cognome)

Nata/o il _____ a _____

CODICE FISCALE _____

Residente in _____ CAP _____

Via / piazza _____

cellulare _____ telefono _____

Chiede di essere ammesso a partecipare alla selezione in oggetto.

A tal fine dichiara di essere in possesso dei seguenti requisiti:

- **cittadinanza Italiana** , ovvero cittadinanza(per cittadini di uno stato membro dell'Unione Europea o di altro Stato estero a condizione, in quest'ultimo caso, che sia rispettato il principio di reciprocità)
- **iscrizione alle liste elettorali** del comune di ovvero la non iscrizione per i seguenti motivi:
.....
- **godimento dei diritti civili** e politici dello stato di appartenenza (per cittadini di uno stato membro dell'Unione Europea)
- non essere stata/o licenziata/o, destituita/o, dispensata/o dall'impiego presso una pubblica amministrazione, ovvero non essere stata/o dichiarata/o decaduta/o per aver conseguito l'impiego mediante produzione di documenti falsi o nulli;
- **non aver riportato condanne penali** comportanti l'interdizione dai pubblici uffici nonché condanne a pena detentiva per delitto non colposo, e non essere stata/o sottoposta/o a misure di prevenzione o sicurezza oppure di aver subito le seguenti condanne penali:.... ..

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
PRESISPOSIZIONE GRADUATORIA
PER ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO ED INDETERMINATO,
PIENO O PART-TIME, DI FARMACISTA COLLABORATORE

..... e/o di aver i seguenti
procedimenti penali in corso

- **titolo di studio** di
conseguito presso il con il
punteggio di ovvero (per cittadini comunitari) titolo di studio di
..... conseguito presso
il , con il punteggio di , titolo per il
quale è stato emesso, nei termini di scadenza del presente bando, l'apposito provvedimento
di riconoscimento da parte delle autorità competenti; riportare gli estremi del decreto
ministeriale con il quale è stata riconosciuta l'idoneità del titolo di studio posseduto, se
conseguito all'estero
- **abilitazione all'esercizio della professione;**
- **iscrizione all'Ordine dei Farmacisti** della Provincia di al n.
con decorrenza dal

Inoltre dichiara:

- di avere **l'idoneità fisica** per l'espletamento delle competenze connesse alle mansioni proprie della attività di collaboratore farmacista;
- di essere consapevole, se non cittadino italiano ma di un paese dell'Unione europea o di uno Stato estero extracomunitario a condizione, in quest'ultimo caso, che sia rispettato il principio di reciprocità, dell'obbligo di iscrizione all'Albo dei Farmacisti ai fini dell'assunzione.
- di aver preso visione integrale del bando di concorso e di accettare incondizionatamente tutte le ulteriori disposizioni contenute nel bando stesso, in particolare di essere a conoscenza ed accettare tutte le norme che regolano la selezione e, in caso di assunzione, di essere a conoscenza e di accettare tutte le disposizioni che regolano lo stato giuridico ed economico dei dipendenti di C.S.P. S.r.l.
- di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le dichiarazioni false e mendaci

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
PRESPREPOSIZIONE GRADUATORIA
PER ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO ED INDETERMINATO,
PIENO O PART-TIME, DI FARMACISTA COLLABORATORE

- di autorizzare, ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 196/2003 e s.m.i (GDPR/2018), la società Civitavecchia Servizi Pubblici Srl al trattamento dei propri dati personali ai soli fini delle procedure di selezione ed eventuale assunzione in servizio;

Ai fini dell'attribuzione del punteggio dichiara:

il possesso dei seguenti titoli:

.....
.....
.....

Di aver prestato i seguenti servizi:

.....
.....
.....

(specificare esaurientemente il titolo, ai fini di consentire la verifica da parte dell'ufficio)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
PRESISPOSIZIONE GRADUATORIA
PER ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO ED INDETERMINATO,
PIENO O PART-TIME, DI FARMACISTA COLLABORATORE

Dichiara infine che il recapito presso il quale desidera ricevere le comunicazioni relative alla selezione è (barrare l'opzione prescelta)

la residenza

ovvero:

La sottoscritta/o allega alla presente domanda, a pena di inammissibilità,

- fotocopia di documento di identità in corso di validità, **firmata** in calce
- il curriculum vitae **firmato** in calce

DATA:

(firma leggibile) _____