

Allegato 1)

MODULO DOMANDA

**AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA PER LA CREAZIONE DI UNA GRADUATORIA
DA CUI ATTINGERE AL FINE DI POTENZIALI FUTURE ASSUNZIONI DI:**

**UN PROFILO PROFESSIONALE “FARMACISTA COLLABORATORE” (1° Liv. CCNL
Assofarm) FULL-TIME (40 ORE) A TEMPO INDETERMINATO**

(termine per il ricevimento delle istanze di ammissione: ore _12.00_ del 16/09/2023_)

Farmacia Comunale Agroverde
Agroverde Farma S.r.l.
Via A. De Gasperi, 68
Aprilia – Lt- 04011

__l_ sottoscritt__

_____ (Cognome) _____ (Nome)

nat_ a _____, prov. _____, il ___ / ___ /

_____, residente a _____, via _____, n. _____, scala _____,

int. _____,

C. F. Tel. _____,

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione pubblica per l'assunzione di un profilo professionale
FARMACISTA COLLABORATORE” (1° Liv. CCNL Assofarm) FULL-TIME (40 ORE) A
TEMPO INDETERMINATO

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, la falsità negli atti e l'uso di
atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di
quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici,

DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI REQUISITI

- a) Possesso della cittadinanza italiana. Tale requisito non è richiesto per i soggetti appartenenti all'Unione Europea, fatte salve le eccezioni di cui al D.P.C.M. 7 febbraio 1994 n° 174;
- b) Godere dei diritti civili e politici, anche negli Stati di appartenenza o di provenienza per i soggetti appartenenti all'Unione Europea;
- c) Maggiore età;
- d) Idoneità psico-fisica alla mansione;
- e) Buona conoscenza della lingua inglese;
- f) Posizione regolare nei confronti degli obblighi di leva per i cittadini soggetti a tale obbligo;
- g) Essere in possesso di titolo di studio richiesto: Laurea vecchio ordinamento o Specialistica in Farmacia e/o CTF con relativo certificato di abilitazione all'esercizio professionale conseguiti presso un'Università o Istituto Superiore dello Stato o Istituto ad essi equiparati a tutti gli effetti di legge;
- h) Essere iscritti all'Albo Professionale dei Farmacisti;
- i) Non essere stato interdetto/a dai pubblici uffici, nonché destituito/a o dispensato/a ovvero licenziato/a dall'impiego c/o una Pubblica Amministrazione, ovvero non essere stato dichiarato/a decaduto/a da un impiego statale a seguito dell'accertamento che l'impiego stesso è stato conseguito mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità;
- j) Non essere coinvolto in alcun procedimento amministrativo o giudiziario previsto dal Dlgs 231/01 e s.m.i.;
- k) Non aver subito condanne penali e, comunque, non trovarsi in alcuna delle situazioni che comporti la non legittima costituzione del rapporto di lavoro;
- l) Essere in possesso della patente della categoria prevista, per i profili per i quali la medesima è richiesta;
- m) D'aver prestato servizio come farmacista collaboratore in farmacia aperta al pubblico;
- n) Conoscenza dell'uso delle apparecchiature e delle applicazioni informatiche più diffuse;
- o) Non avere avuto, e non avere in corso, contenziosi contro il Comune di Aprilia.

L'accertamento della mancanza anche di uno solo dei requisiti indicati comporterà l'esclusione dal concorso.

Luogo e data

Firma del richiedente

(firma leggibile per esteso)

Documentazione da allegare:

- copia documento d'identità;
- nel caso di cittadino extracomunitario, copia permesso di soggiorno;

DICHIARA, altresì,

- di essere consapevole che sulle dichiarazioni rese verranno effettuati controlli ai sensi del D.P.R. 445/2000;
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.,
che
i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente domanda viene presentata.

Luogo e data

-

Firma del richiedente

(firma leggibile per esteso)