

ALLEGATO N. 1

Domanda di ammissione alla selezione per la formazione di una “Graduatoria di Farmacisti Collaboratori cui attingere per eventuali assunzioni a tempo indeterminato con rapporto di lavoro a tempo pieno o a tempo parziale e/o per incarichi/sostituzioni a tempo determinato”

Al Direttore

Azienda Speciale Farmacie A.F A.S.

Via F. Filzi, 16/i

06128 Perugia

Il / La sottoscritto/a

nato/a

il

residente a

in

C.F.

Recapito telefonico

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla formazione di una “Graduatoria di Farmacisti Collaboratori per eventuali assunzioni a tempo indeterminato con rapporto di lavoro a tempo pieno o a tempo parziale e/o incarichi/sostituzioni a tempo determinato”, indetta dal Consiglio di Amministrazione dell'Azienda Speciale Farmacie A.F.A.S. del Comune di Perugia con deliberazione n° 30 del 30 ottobre 2009.

A tal fine, sotto la propria e diretta responsabilità,

DICHIARA

- di voler ricevere ogni comunicazione riguardante la selezione al seguente indirizzo (*solo se diverso dalla residenza*).....;

- di essere in possesso della cittadinanza.....;
- di essere in possesso della idoneità fisica all'impiego e alle mansioni proprie del profilo professionale oggetto della selezione;
- di essere in possesso della laurea in....., rilasciata il....., dalla Università di(*eventualmente: dichiarato equipollente al diploma di laurea rilasciato da istituti italiani con provvedimento.....*);
- di essere in possesso della abilitazione all'esercizio della professione;
- di essere iscritto/a all'Albo Professionale dei Farmacisti di.....;
- di trovarsi in posizione regolare rispetto agli eventuali obblighi di leva;
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di
(*ovvero di non essere iscritto/a nelle liste elettorali, ovvero di essere stato/a cancellato/a dalle liste elettorali del Comune di....., per i seguenti motivi:.....*);
- di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a, ovvero di non essere stato/a dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso una pubblica amministrazione e ogni altro aspetto che, ai sensi di legge, possa costituire incompatibilità e/o divieto ad assumere il ruolo di farmacista collaboratore;
- di non avere riportato condanne penali e di non trovarsi in alcuna delle condizioni che, ai sensi della normativa vigente, impediscono la costituzione del rapporto di impiego con pubbliche amministrazioni e ogni altro aspetto che, ai sensi di legge, possa costituire incompatibilità e/o divieto ad assumere il ruolo di farmacista collaboratore
(*ovvero di essere oggetto di provvedimento di interdizione temporanea dai pubblici uffici i cui effetti saranno dispiegati fino alla data del.....*);

dichiara inoltre

(per i soli candidati che siano cittadini di Stati membri della UE.)

- di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza;
- di avere adeguata conoscenza della lingua italiana, sia parlata che scritta;
- che gli estremi del documento ministeriale, ove necessario, con il quale è stata riconosciuta l'idoneità del titolo di studio posseduto ai fini della instaurazione di rapporti di impiego sono i seguenti:.....*(solo se conseguito all'estero).*

In fede,

....., li

FIRMA

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 675/96 per tutti gli atti della selezione.

In fede,

....., li

FIRMA