

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO DI SELEZIONE INTERNA PER PROVA ORALE/PRATICA E PSICO/ATTITUDINALE FINALIZZATA ALL'ASSUNZIONE A TEMPO INDETERMINATO E PARZIALE FINO A N. 4 POSTI A RUOLO DI FARMACISTA COLLABORATORE - LIVELLO 1° CCNL ASSOFORM**

Spett.le  
Farmacie Comunali Pisa S.p.A.  
Via C. Battisti n. 53  
c/o Complesso Sesta Porta  
56125 Pisa (PI)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (indicare nome e cognome), nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, C.F.: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso alla selezione interna per prova orale/pratica e psico/attitudinale finalizzata all'assunzione a tempo indeterminato e parziale fino a n. 4 posti a ruolo di farmacista collaboratore - livello 1° CCNL Assofarm

A tal fine, sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000, nonché della decadenza dai benefici conseguenti dalla selezione sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 del DPR n. 445/2000)

**DICHIARA**

- di essere residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_, e di essere domiciliato/a (*solo nel caso in cui il domicilio sia diverso dalla residenza*) in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_), indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_;
- cellulare \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, PEC (*nel caso in cui sia posseduta*) \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso dell'idoneità psico-fisica all'impiego e alle mansioni proprie del profilo professionale oggetto della selezione;

Data \_\_/\_\_/2024  
GG/MM/AAAA

---

(firma per esteso e leggibile)

Si allega:

- copia di valido documento di identità