

**MODELLO DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE
PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA PER ASSUNZIONI A TEMPO
INDETERMINATO PIENO O PARZIALE DI “FARMACISTA
COLLABORATORE” - LIVELLO 1° - CCNL A.S.SO.FARM.**

Spett.le
Farmacie Comunali Pisa S.p.A.
Via Cesare Battisti, 53
56125 Pisa (PI)

Il/La Sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ (Prov. _____) il _____
Codice Fiscale _____,

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione pubblica per la formazione di una graduatoria per assunzioni a tempo indeterminato pieno o parziale di farmacista collaboratore - Livello 1° “CCNL ASSOFARM”.

DICHIARA

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 DPR 445/2000, quanto segue:

- di essere residente in _____ (Prov. _____) Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____ e di essere domiciliato (*solo nel caso in cui il domicilio sia diverso dalla residenza*) in _____ (Prov. _____), Via _____ n. _____ C.A.P. _____;
- che i propri recapiti, per le comunicazioni, sono:
 - ✓ PEC _____
 - ✓ cellulare _____
 - ✓ e-mail _____
- di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri appartenenti all’Unione Europea; *oppure* di essere familiare di cittadino di Stato membro dell’Unione Europea, non avente cittadinanza di uno Stato membro, titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente; *oppure* di essere cittadino di Paesi terzi titolare del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo o titolare dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria ai sensi della normativa vigente (*per i cittadini dei Paesi terzi indicare il titolo che consente di soggiornare in Italia:* _____);
- di avere un’adeguata conoscenza della lingua italiana parlata e scritta;
- di essere in possesso della laurea in _____ conseguita in data _____, presso _____ (*i candidati in possesso di un titolo di studio conseguito all’estero, devono indicare di seguito gli estremi del provvedimento con il quale il titolo di studio posseduto è stato riconosciuto equipollente al corrispondente titolo di studio italiano richiesto dal presente avviso di selezione:* _____);

- di essere in possesso della abilitazione all'esercizio della professione di farmacista conseguita in data _____;
- di essere iscritto/a all'Albo Professionale dei Farmacisti della provincia di _____, al n° _____ in data _____;
- di essere in possesso dell'idoneità psico-fisica allo svolgimento delle mansioni specifiche della posizione lavorativa oggetto di selezione;
- di godere dei diritti civili e politici (*per cittadini di uno dei Paesi dell'Unione Europea o di Paesi terzi di godere dei diritti civili e politici anche negli Stati di appartenenza o provenienza*);
- non aver riportato condanne penali, che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione di un rapporto di lavoro con la Pubblica Amministrazione o lo svolgimento di attività di farmacista;
- di non essere stato destituito o dispensato, ovvero essere dichiarato decaduto dall'impiego presso una pubblica amministrazione;
- di non incorrere nelle cause ostative di cui all'art. 53, comma 16 ter, d.lgs. 165/2001;
- di accettare tutte le indicazioni contenute nel presente avviso di selezione;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla Società via PEC eventuale modifica di tutti i recapiti indicati per il ricevimento delle comunicazioni da parte della Società (residenza o domicilio nel caso sia diverso da domicilio, PEC, e-mail, numero di telefono);
- di autorizzare, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, Farmacie Comunali Pisa S.p.a. al trattamento dei propri dati personali ai soli fini della procedura di selezione di cui al presente avviso e di acconsentire alla pubblicazione del proprio nome negli elenchi relativi a calendari ed esiti delle prove, con le relative votazioni conseguite.

Il candidato, se portatore di handicap, deve specificare di seguito l'eventuale ausilio necessario in relazione al proprio handicap, nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi per lo svolgimento delle prove:

In questo caso, al fine di consentire alla Società di predisporre per tempo i mezzi e gli strumenti necessari, il/la candidato/a allega alla presente domanda di partecipazione, pena l'esclusione dalla selezione, la certificazione medica necessaria.

Si allega alla presente:

- **copia documento di identità in corso di validità;**
- **curriculum vitae formativo-professionale.**

Data ___/___/2024
(giorno, mese, anno)

In fede, _____
(firma per esteso e leggibile)