

FAC-SIMILE DOMANDA (da redigere in carta semplice)

**Al Presidente del CdA
dell'AZIENDA FARMACEUTICA MUNICIPALIZZATA
DI BUSTO GAROLFO**

Oggetto: Domanda di partecipazione alla selezione bandita per l'assunzione di n. 1 direttore di farmacia a tempo pieno e indeterminato - Livello 1°Q - da assegnare alla Farmacia Comunale di Busto Garolfo.

Il/La sottoscritto/a

| | |
|-----------------------------|--|
| Nome e Cognome | |
| Codice fiscale | |
| Luogo e data nascita | |
| Residente a (cap/comune/pr) | |
| In Via | |

CHIEDE

di essere ammesso/a alla prova di cui all'oggetto.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, e pienamente consapevole delle pene conseguenti a false dichiarazioni,

DICHIARA

- di conoscere ed accettare senza riserve le condizioni previste nella selezione e nella domanda;
- essere cittadino italiano ovvero cittadinanza equivalente secondo le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione europea di seguito riportato:
_____;
- essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ ovvero di non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali per i seguenti motivi _____;
- non aver riportato condanne penali, ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali _____;
- non aver procedimenti penali in corso, ovvero di avere i seguenti procedimenti penali in corso che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione del rapporto d'impiego _____;
- essere, nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione _____;
- essere in possesso del Diploma di Laurea in _____ conseguita il _____ presso _____ con votazione di _____;
- di avere conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione, ottenuta presso _____ nell'anno _____;
- essere iscritto all'Albo dei Farmacisti della Provincia di _____ al numero _____ abilitazione conseguita il _____;
- di aver ricoperto l'incarico di farmacista collaboratore di farmacia
- Servizio prestatato, di ruolo o non di ruolo, presso la farmacia _____ dal _____ al _____;

- Servizio prestato, di ruolo o non di ruolo, presso la farmacia _____ dal _____ al _____;
- o di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio utili per l'attribuzione del punteggio previsto dal bando:
 - Servizio prestato, di ruolo o non di ruolo, con qualifica di _____ presso la farmacia _____;
 - Servizio prestato, di ruolo o non di ruolo, con qualifica di _____ presso la farmacia _____;

N.B.: i servizi prestati devono essere descritti con indicazione chiara dell'inizio e della fine del rapporto, delle relative caratteristiche (se a tempo pieno o parziale), delle farmacie interessate (con descrizione precisa dell'ubicazione, della denominazione/insegna, della titolarità pubblica o privata);

- o prestare oppure avere o non avere prestato servizio presso pubbliche Amministrazioni (in caso di cessazione del rapporto di lavoro indicare la causa) _____;
- o di non aver riportato provvedimenti di destituzione o dispensa dall'impiego, ovvero non essere stato/a licenziato/a per persistente insufficiente rendimento ovvero a seguito dell'accertamento che l'impiego venne conseguito mediante la produzione di documenti falsi e comunque con mezzi fraudolenti;
- o di accettare senza alcuna riserva le condizioni della selezione in oggetto e le norme nella stessa richiamate;
- o di avere necessità di ausilio e tempo aggiuntivo per l'espletamento delle prove (solo per soggetti diversamente abili in possesso della documentazione medica comprovante tale bisogno).

Chiede infine di ricevere tutte le comunicazioni relative alla presente prova ad uno dei recapiti che segue, con l'impegno di rendere nota tempestivamente ogni variazione di tali indirizzi, e sollevando l'Azienda da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario ovvero di mancata lettura del messaggio di posta elettronica certificata.

Recapito per corrispondenza:

| | |
|-------------------------|--|
| CAP, Comune e provincia | |
| Via e numero civico | |
| Telefono/cellulare | |
| Indirizzo PEC | |
| Indirizzo mail | |

ALLEGA:

1. Elenco, in triplice copia ed in carta semplice, delle pubblicazioni e dei titoli presentati;
2. Copia di un documento di identità in corso di validità;
3. Curriculum formativo e professionale, datato e firmato redatto in formato europeo;
4. In originale o copia autenticata ai sensi di legge ovvero autocertificati nelle forme di cui al D.P.R. n. 445/2000, utilizzando l'unito modulo 1 a seconda della tipologia delle situazioni da dichiarare - tutte le certificazioni relative ai titoli che ritiene opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito.

Luogo e data _____

Firma in chiaro e leggibile

MODULO 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI NOTORIETA'
(artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a nato/a a..... il..... residente a..... in via
..... consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace,
così
come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

- di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i di studio: _____ conseguito presso _____ in data _____; conseguito presso _____ in data _____; conseguito presso _____ in data _____;
- essere in possesso del diploma di specializzazione in _____ conseguito presso _____ in data _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei _____ di _____;
- che le copie dei seguenti documenti uniti alla presente dichiarazione sono conformi agli originali:

- di avere prestato i seguenti servizi:
 - Amministrazione _____
 - Tipo di Rapporto* _____
 - Qualifica _____
 - Periodo di Servizio: dal _____ al _____
 - Impegnativa Oraria _____
 - Causa di Risoluzione del rapporto di lavoro _____indicare se: a tempo determinato, indeterminato, libero/professionale, consulente o altro
- altro:

- Amministrazione _____
- Tipo di Rapporto* _____
- Qualifica _____
- Periodo di Servizio: dal _____ al _____
- Impegnativa Oraria _____
- Causa di Risoluzione del rapporto di lavoro _____
- indicare se: a tempo determinato, indeterminato, libero/professionale, consulente o altro
- altro:

(indicare analiticamente tutti gli elementi necessari all'esatta individuazione delle situazioni certificate).

Luogo e data _____

firma per esteso del dichiarante _____