**MODELLO DOMANDA DI AMMISSIONE**

*Da compilare in carta semplice*

Spett.le

**Farmacia Comunale Polistenese S.r.l.**

Piazzale della Pace, 2

**89024 – POLISTENA - RC**

OGGETTO**: Avviso di selezione privatistica ad evidenza pubblica per titoli, esame scritto e colloquio per la formazione di una graduatoria finalizzata alla copertura a tempo parziale determinato di un farmacista collaboratore presso la Farmacia Comunale Polistenese s.r.l.**.

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………………………………… chiede di essere ammesso a partecipare all’avviso in oggetto.

A tal fine, consapevole della decadenza dai benefici e della responsabilità penale, previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 e successive modificazioni, nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti o uso di atti falsi, dichiara:

* Cognome………………………………... Nome………………………………... data di nascita ………………………………... Comune di nascita ………………………………... Prov. ………………………………... Codice Fiscale ………………………………... Comune di residenza ………………………………... Prov. ………………………………... Via ………………………………... n. ………………………………... CAP ………………………………... Telefono ………………………………... Email/Pec ………………………………...;
* di essere in possesso della cittadinanza italiana/di essere in possesso della cittadinanza del seguente Stato ………………………………... facente parte della U.E.;
* di godere dei diritti civili e politici;
* di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di ………………………………... (in caso di non iscrizione indicare i motivi);
* di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso per nessuno dei casi che, a norma di legge, comportino l’esclusione della nomina negli uffici pubblici locali;
* di essere in possesso dell’idoneità fisica per ricoprire il posto messo a concorso;
* di aver conseguito la Laurea in ………………………………... in data ………………………………... con la votazione di …………. presso la Facoltà di ………………………………... dell’Università degli studi di ………………………………...;
* di aver conseguito l’abilitazione all’esercizio della professione di Farmacista in data …………… presso la Facoltà di ………………………………... dell’Università degli Studi di ………………………………...;
* di essere iscritto all’Albo professionale dei Farmacisti della Provincia di ………………………………... dal ………………………………... con il numero ………………;
* di aver maturato la/le seguenti esperienze lavorative:
  1. Qualifica: ……………………………….. Periodo: dal ……. al …….. Datore di Lavoro: ………………………;
  2. Qualifica: ……………………………….. Periodo: dal ……. al …….. Datore di Lavoro: ………………………;
  3. Qualifica: ……………………………….. Periodo: dal ……. al …….. Datore di Lavoro: ………………………;
  4. ………………………………..;
* di aver conseguito il seguente diploma di specializzazione post universitaria ………………..……………….. in data ……………. presso ……………;
* di accettare tutte le indicazioni contenute nel bando e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali finalizzato alla gestione della procedura concorsuale e degli adempimenti conseguenti.

Allega:

………………………………...

………………………………...

………………………………...

……………., ……………………

FIRMA (\*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) Ai sensi dell’art.38 del D.P.R. 28.12.2000 n.445 la sottoscrizione di istanze e dichiarazioni non è soggetta ad autenticazione se inviata unitamente a copia fotostatica di un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità.