

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
AVVISO DI SELEZIONE PER SOLE PROVE D'ESAME PER LA FORMAZIONE
DI UNA GRADUATORIA DA UTILIZZARE PER ASSUNZIONI A TEMPO
INDETERMINATO O DETERMINATO (PIENO O PART-TIME) DI PERSONALE
“FARMACISTA COLLABORATORE” – LIVELLO 1° CCNL A.S.SO.FARM.**

Spett. le
Farmavaldarno S.p.A.
Via Carlo Pisacane, 33/37
50063 Figline e Incisa Valdarno (FI)

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 da utilizzare per assunzione a tempo indeterminato o determinato (pieno o part-time) di personale “Farmacista Collaboratore”.

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

DICHIARA

- a) di essere residente in _____ (Prov. _____) Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____, e di avere domicilio (compilare se differente da residenza) in _____ (Prov. _____) Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____,
- b) che i propri recapiti sono:
PEC _____
cellulare _____
e-mail _____
- c) 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*);

- d) di essere in possesso di laurea in _____
conseguita in data _____, presso l'Università di _____
(*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, oppure nel caso in cui l'iter non si è concluso, gli estremi dell'istanza di riconoscimento presentata*);
- e) di essere in possesso della abilitazione all'esercizio della professione di farmacista conseguita in data _____;
- f) di essere iscritto/a all'Albo Professionale dei Farmacisti della provincia di _____, al n° _____ in data _____;
- g) di essere in possesso dell'idoneità psico-fisica allo svolgimento delle mansioni specifiche della posizione lavorativa oggetto di selezione, compresa l'idoneità a svolgere lavoro notturno;
- h) di godere dei diritti civili e politici;
- i) di non aver riportato condanne penali o avere procedimenti penali in corso o di stato di interdizione o di provvedimenti di prevenzione o di altre misure restrittive che escludono – secondo le leggi vigenti – l'accesso ai pubblici impieghi o che comportano la destituzione del personale dipendente presso pubbliche amministrazioni o enti pubblici economici o che per ogni altro aspetto possono costituire, ai sensi di legge, motivo di incompatibilità e/o divieto di assumere il ruolo oggetto della presente selezione; nel caso di interdizione temporanea dai pubblici uffici il candidato sarà escluso dalla selezione qualora essa dispieghi i propri effetti alla data di scadenza dei termini per la domanda;
- j) di non essere escluso dall'elettorato politico attivo, né essere stato destituito o dispensato, o essere stato dichiarato decaduto dall'impiego presso una pubblica amministrazione;
- k) di non incorrere nelle cause ostative di cui all'art. 53, comma 16-ter, d.lgs. 165/2001;
- l) di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, e di autorizzare, ai sensi della medesima normativa, Farmavaldarno 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;
- m) di impegnarsi a comunicare tempestivamente a Farmavaldarno S.p.A. via PEC l'eventuale modifica di tutti i recapiti indicati dal candidato per il ricevimento delle comunicazioni da parte della Società (residenza o domicilio, PEC, e-mail, numero di telefono);

- n) il candidato, se portatore di handicap e i candidati con diagnosi di disturbi specifici di apprendimento (DSA), 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:

Per i soggetti portatori di handicap/DSA di cui sopra, 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 attestante quanto dichiarato.

Si allega alla presente:

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

Data _____

Firma _____