

**MODELLO DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA  
per l'assunzione a tempo indeterminato e part-time, minimo 30 ore settimanali, di n. 1  
"Farmacista Collaboratore" - livello 1 "C.C.N.L. per i dipendenti di aziende farmaceutiche  
speciali - A.S.SO.FARM", presso le farmacie gestite da Farmapesa S.p.A.**

Spett. le  
Farmapesa S.p.A.  
Piazza Matteotti, 39  
Barberino Tavarnelle (FI)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione pubblica a tempo indeterminato e part-time, minimo 30 ore settimanali, di n. 1 "Farmacista Collaboratore" - livello 1 "C.C.N.L. per i dipendenti di aziende farmaceutiche speciali - A.S.SO.FARM", presso le farmacie gestite da Farmapesa S.p.A.

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. \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_;
- b) di essere domiciliato/a in \_\_\_\_\_  
(Prov. \_\_\_\_\_), Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_;  
\_\_\_\_\_;
- c) cellulare \_\_\_\_\_,  
e-mail \_\_\_\_\_,  
PEC \_\_\_\_\_ (qualora \_\_\_\_\_ posseduta)  
\_\_\_\_\_;
- d) di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_ (*per i cittadini dei Paesi terzi andrà indicato anche il titolo che consente di soggiornare in Italia ed il possesso dei diritti civili e politici nello stato di provenienza ovvero il possesso dello status di rifugiato*  
\_\_\_\_\_);
- e) (*per i cittadini degli Stati membri dell'unione Europea e dei Paesi Terzi*) di avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana parlata e scritta;



2016/679 e di acconsentire alla pubblicazione del proprio nome negli elenchi relativi a calendari ed esiti delle prove, con le relative votazioni conseguite;

- p) 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:

---

---

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 richiesta al punto 3, lett. p), dell'avviso.

Si allega alla presente:

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

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_