

**MODELLO DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA
per l'assunzione a tempo indeterminato con 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 per 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;
- f) di essere in possesso del seguente titolo di studio necessario ai fini dell'ammissione alla selezione: _____, conseguito in data _____

q) 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 datato e firmato

Data _____

Firma del candidato