

Allegato "A"

MODULO DI DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE INTERNA PER TITOLI E COLLOQUIO ORALE, PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO A TEMPO DETERMINATO DI DIRETTORE DI FARMACIA DELLA DURATA DI ANNI CINQUE."

Farmacia Comunale
MORROVALLE SERVIZI SRL
Via S.Pertini n.30/32
62010 Morrovalle (MC)
c/o **Progenia Consulting & Trust s.r.l.**
Via Velluti n. 100
62100 MACERATA

__I__ sottoscritt__, presa visione dell'avviso di selezione emanato da questa Società, chiede di essere ammess__ alla selezione interna per titoli e colloquio orale per il Conferimento di incarico a tempo determinato di "Direttore di Farmacia, della durata di anni cinque" indetta con il bando del _____

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni, ai sensi dell'art.76 del T.U. 445/00 che:

1) Le proprie generalità sono:

Cognome _____ Nome _____
Luogo di nascita _____ Data di nascita _____
Comune di residenza _____
Via e n. _____
Codice fiscale _____

2) Di avere la cittadinanza dello Stato

3) Di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di

Ovvero _____

Di non essere iscritto o di essere cancellato dalle liste medesime per il seguente motivo:

4) Di non aver condanne o procedimenti penali pendenti o iscrizioni nel casellario giudiziale

Ovvero di avere _____

5) Di essere in possesso del titolo di laurea in _____

Conseguita presso _____

Votazione riportata _____ Anno di conseguimento _____

6) Di essere in possesso dell'abilitazione professionale e di essere iscritto al relativo

Albo _____

7) Di aver svolto servizio in qualità di Farmacista collaboratore con contratto a tempo indeterminato presso la Farmacia comunale della Morrovalle Servizi s.r.l. nei seguenti periodi:

- dal _____ al _____;
- dal _____ al _____;
- dal _____ al _____;

8) Di aver prestato servizi presso le seguenti aziende farmaceutiche (per ogni azienda specificare le cause di risoluzione del rapporto di lavoro)

Azienda _____ Causa di risoluzione _____

Periodo dal _____ al _____

Azienda _____ Causa di risoluzione _____

Periodo dal _____ al _____

Azienda _____ Causa di risoluzione _____

Periodo dal _____ al _____

9) Di saper utilizzare le apparecchiature informatiche più diffuse con riferimento alla gestione di farmacia.

10) Di conoscere ed accettare incondizionatamente tutte le norme del presente bando di selezione;

11) Di essere in possesso dei seguenti ulteriori titoli utili e certificazioni ai fini della graduatoria

12) Di autorizzare la MORROVALLE SERVIZI SRL, al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D.Lgs 196/2003, e del Regolamento (UE) n. 2016/679 finalizzato agli adempimenti della procedura concorsuale.

Allegati alla domanda (barrare l'ipotesi che occorre):

- Dichiarazione possesso requisiti ai sensi del DPR 445/2000
- Curriculum formativo e professionale
- Fotocopia di un documento di identità
- Titoli di studio valutabili dalla Commissione Esaminatrice
- Titoli di servizio valutabili dalla Commissione Esaminatrice
- Qualsiasi altra informazione o documento che il candidato ritenga utile ai fini della valutazione
- Elenco della documentazione presentata

Annotazioni a cura del candidato:

—

—

—

Recapito per eventuali comunicazioni

(via e numero civico/cap/città e provincia/numero telefonico/cell./indirizzo mail)

Luogo e data _____

Firma leggibile (non autenticata)

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

che le copie dei seguenti documenti uniti alla presente dichiarazione sono conformi agli originali:

o carta di identità;

o

o

Luogo e data _____

Firma per esteso del dichiarante _____