ALLEGATO sub A

**Domanda di ammissione alla ““Selezione interna per titoli e prove di esame per la formazione di una graduatoria di Farmacisti Collaboratori a ruolo di Direttore”.**

All’Amministratore Unico

Farmacie Comunali Pisa S.p.A.

Via Lucchese,15

56100 Pisa (PI)

=================

Il/ La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_ cap:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.(\_\_\_\_\_\_\_)

**C H I E D E**

di essere ammesso/a a partecipare alla “Selezione interna per titoli e prove di esame per la formazione di una graduatoria di Farmacisti Collaboratori a ruolo di Direttore".

A tal fine, sotto la propria e diretta responsabilità, quale dichiarazione sostitutiva di atto notorio ex art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modifiche e integrazioni,

**D I C H I A R A**

1. di voler ricevere ogni comunicazione riguardante la selezione al seguente indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. di essere in possesso della cittadinanza:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. di essere in possesso della idoneità psicofisica all’impiego e alle mansioni proprie del profilo professionale oggetto della selezione;
4. di essere in possesso della laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(eventualmente: dichiarato equipollente al diploma di laurea rilasciato da istituti italiani con provvedimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*;

1. di essere in possesso della abilitazione all’esercizio della professione;
2. di essere iscritto/a all’Albo Professionale dei Farmacisti della provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, al n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ovvero, di non essere iscritto/a nelle liste elettorali, ovvero di essere stato/a cancellato/a dalle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*;

1. di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a, ovvero di non essere stato/a dichiarato/a decaduto/a dall’impiego presso una pubblica amministrazione;
2. di non avere riportato condanne penali, non avere procedimenti penali in corso e comunque di non trovarsi in alcuna delle condizioni che, ai sensi della normativa vigente, impediscono la costituzione del rapporto di impiego con pubbliche amministrazioni

*(ovvero: di essere oggetto di provvedimento di interdizione temporanea dai pubblici uffici i cui effetti saranno dispiegati fino alla data del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);*

1. di autorizzare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., Farmacie Comunali Pisa S.p.A. al trattamento dei dati personali ai soli fini delle procedure di selezione del presente avviso.

Il sottoscritto **dichiara** inoltre di essere Farmacista Collaboratore dipendente di Farmacie Comunali S.p.A. , con almeno quattro anni di servizio a tempo indeterminato presso l’Azienda.

In fede,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *firma del Candidato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Si allega: curriculum vitae firmato e fotocopia documento di identità in**

**corso di validità; lettera di motivazione.**