

**MODELLO DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA
PER L'ASSUNZIONE A TEMPO INDETERMINATO E PARZIALE DI N. 1
"SEGRETARIA/O STUDI MEDICI" - LIVELLO 4° "CCNL PER I DIPENDENTI DI
AZIENDE FARMACEUTICHE SPECIALI - ASSOFORM"**

Spett. le
Farmacie Comunali Pisa S.p.A.
Via C Battisti, 53
56125 Pisa

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione pubblica per l'assunzione a tempo indeterminato e parziale di n. 1 "segretaria/o studi medici" - Livello 4° "CCNL per i dipendenti di aziende farmaceutiche speciali - ASSOFORM

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) di volere ricevere le comunicazioni inerenti la selezione ai seguenti recapiti:

- Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____ (Comune) (Prov. _____);
- PEC *(se posseduta)* _____;
- 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

Farmacie Comunali Pisa S.p.A.

Via C. Battisti, 53 - 56125 Pisa Tel. 050 8311170 Fax 050 830848 P.I./C.F. 01659730509
spafarmacie@farmaciecomunalipisa.it www.farmaciecomunalipisa.it



Ci Prendiamo cura del tuo benessere

- 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 (*per i cittadini dei Paesi terzi andrà indicato anche il titolo che consente di soggiornare in Italia* _____);
- d) (*per i cittadini degli Stati membri dell'unione Europea e dei Paesi Terzi*) di avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana parlata e scritta;
- e) di essere in possesso dell'idoneità psico-fisica allo svolgimento delle mansioni specifiche della posizione lavorativa oggetto di selezione;
- f) di essere in possesso del seguente titolo di studio necessario ai fini dell'ammissione alla selezione: _____, conseguito in data _____, presso _____, con la seguente votazione _____ (*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:* _____);
- g) di essere in possesso dell'esperienza minima richiesta per la partecipazione alla presente selezione (punto 2, lett. e) dell'avviso di selezione) come descritta nel curriculum vitae allegato;
- h) di godere dei diritti civili e politici (*per cittadini di uno dei Paesi dell'Unione Europea o di Paesi terzi di godere dei diritti civili e politici anche negli Stati di appartenenza o provenienza, fatto salvo per coloro che hanno lo status di rifugiato o di protezione sussidiaria*);
- i) di non aver riportato condanne penali passate in giudicato ovvero provvedimenti di applicazione della pena su richiesta ex art. 444 c.p.p.;
- j) di non essere stato destituito o dispensato, ovvero 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) il possesso dei seguenti titoli da sottoporre a valutazione ai sensi di quanto previsto al punto 6 dell'avviso di selezione:
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- m) 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:

Farmacie Comunali Pisa S.p.A.

Via C. Battisti, 53 - 56125 Pisa Tel. 050 8311170 Fax 050 830848 P.I./C.F. 01659730509
spafarmacie@farmaciecomunaliipisa.it www.farmaciecomunaliipisa.it



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 formativo-professionale

Data _____

Firma _____

Farmacie Comunali Pisa S.p.A.

Via C. Battisti, 53 - 56125 Pisa Tel. 050 8311170 Fax 050 830848 P.I./C.F. 01659730509
spafarmacie@farmaciecomunalipisa.it www.farmaciecomunalipisa.it

