

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE INTERNA
PER N. 1 POSTO DI "IMPIEGATO FARMACISTA COLLABORATORE" LIVELLO I° "CCNL
PER I DIPENDENTI DI AZIENDE FARMACEUTICHE SPECIALI – ASSOFORM"**

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

Il/La sottoscritto/a _____ (indicare nome e
cognome), nato/a a _____, il ____/____/____, C.F.:

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione interna per n. 1 posto di "impiegato farmacista collaboratore" livello 1° "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, nonché della decadenza dai benefici conseguenti dalla selezione sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 del DPR n. 445/2000)

DICHIARA

- di essere residente in _____ (Prov. _____) indirizzo _____ n. _____ C.A.P. _____, e di essere domiciliato/a (solo nel caso in cui il domicilio sia diverso dalla residenza) in _____ (Prov. _____), indirizzo _____ n. _____ C.A.P. _____;
- cellulare _____, e-mail _____, PEC (nel caso in cui sia posseduta) _____;
- di essere dipendente di Farmacie Comunali Pisa S.p.A. a tempo determinato dal _____ e che attualmente la propria qualifica è di _____, livello _____ "CCNL per i dipendenti di aziende farmaceutiche speciali – ASSOFORM";
- di aver maturato presso Farmacie Comunali di Pisa S.p.A. un'esperienza come farmacista collaboratore di almeno 24 mesi;

Data inizio e fine (giorno/mese/anno)	Datore di lavoro, Soggetto erogante.	mansioni, funzioni
dal		
al		

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 pisa@assofarm.postecert.it



dal		
al		
dal		
al		
dal		
al		
dal		
al		
dal		
al		
dal		
al		
dal		
al		
dal		
al		

- di essere in possesso dell'idoneità psico-fisica all'impiego e alle mansioni proprie del profilo professionale oggetto della selezione;
- di essere consapevole che i titoli soggetti a valutazione sono solo quelli indicati nel curriculum vitae et studiorum allegato.

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 pisa@assofarm.postecert.it

Luogo _____ Data ___/___/___

(firma per esteso e leggibile)

Si allegano:

- copia di valido documento di identità;
- curriculum vitae formativo-professionale compilato secondo le indicazioni dell'avviso di selezione interna.

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 pisa@assofarm.postecert.it

