

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE INTERNA  
PER N. 2 POSTI DI "MAGAZZINIERE" LIVELLO V° "CCNL PER I DIPENDENTI DI  
AZIENDE FARMACEUTICHE SPECIALI – ASSOFARM"**

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. 2 posti di "magazziniere" livello V° "CCNL per i dipendenti di aziende farmaceutiche speciali – ASSOFARM"

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 – ASSOFARM";

A tal fine si indicano di seguito le esperienze valevoli per il possesso del requisito:



*Ci Prendiamo cura del tuo benessere*

- 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 allegato.

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](mailto:spafarmacie@farmaciecomunalipisa.it) [www.farmaciecomunalipisa.it](http://www.farmaciecomunalipisa.it) [pisa@assofarm.postecert.it](mailto:pisa@assofarm.postecert.it)

