

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER LA FORMAZIONE DI UNA
GRADUATORIA PER ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO PIENO O PARZIALE DI
"FARMACISTA COLLABORATORE" - LIVELLO 1° - CCNL A.S.SO.FARM**

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 _____ (Prov.),
il ___/___/___ C.F.: _____,

chiede

di essere ammesso alla selezione per la formazione di una graduatoria per assunzioni a tempo determinato pieno o parziale di "Farmacista Collaboratore" - livello 1° - CCNL A.S.SO.FARM "

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 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

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 _____;
- di essere in possesso dell'idoneità psico-fisica all'impiego ed alle mansioni proprie del profilo professionale oggetto della selezione;

Data ___/___/2024

L.c.s.

Firma del/della candidato/a

In fede, _____
(firma per esteso e leggibile)

Si allegano:

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