

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER L'ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO E
PIENO DI N. 2 POSTI PER RUOLO DI MAGAZZINIERE - LIVELLO V° CCNL PER I
DIPENDENTI DI AZIENDE FARMACEUTICHE SPECIALI – ASSOFORM**

Spett.le *Farmacie Comunali Pisa S.p.A.*
Via C. Battisti n. 53
c/o Complesso Sesta Porta
56125 Pisa (PI)

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

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione per la l'assunzione a tempo determinato e pieno di n. 1 posto
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 in possesso dell'idoneità psico-fisica all'impiego e alle mansioni proprie del profilo
professionale oggetto della selezione;

Data ____/____/2025
GG/MM/AAAA

(firma per esteso e leggibile)

Si allega:

- copia di valido documento di identità.