

SCHEMA DI DOMANDA

**AL SINDACO
DEL COMUNE DI ASCOLI PICENO
PIAZZA ARRINGO, 1
63100 ASCOLI PICENO**

Oggetto: SELEZIONE PUBBLICA, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA DI "FARMACISTI COLLABORATORI (CAT. D – TAB. D3) DA UTILIZZARE PER ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO, PIENO O PARZIALE.

Il/La sottoscritto/a

nato/a a

il

residente a

(prov.)

CAP

via/p.zza

n.

c.f.

Telefono cellulare

recapito posta elettronica certificata

CHIEDE

di essere ammesso/a alla selezione pubblica, per titoli e colloquio, per la formazione di una graduatoria di "Farmacisti Collaboratori (Cat. D – Tab. D3) da utilizzare per assunzioni a tempo determinato, pieno o parziale.

A tale scopo, ai sensi del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazione mendaci, ed inoltre dalla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere,

dichiara

- a) di essere in possesso della cittadinanza italiana;
- b) di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni proprie del posto a selezione;
- c) di godere dei diritti civili e politici ed essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____;
- d) di non essere stato/a licenziato/a o destituito/a o dichiarato decaduto dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- e) di essere in posizione regolare nei confronti dell'obbligo di leva;
- f) di possedere il titolo di studio richiesto dall'avviso di selezione: _____ conseguito presso _____ in data _____ con la votazione finale di _____;
- g) di essere in possesso dell'Iscrizione all'Albo dei Farmacisti ;
- h) di aver prestato i seguenti servizi presso Amministrazioni Pubbliche o Private o in qualità di Libero Professionista iscritto all'albo:
 - Datore di lavoro: _____ ,
profilo professionale _____ , categoria _____ , dal _____ al _____ , causa di cessazione _____ ;
 - Datore di lavoro: _____ ,
profilo professionale _____ , categoria _____ , dal _____ al _____ , causa di cessazione _____ ;
 - Datore di lavoro: _____ ,
profilo professionale _____ , categoria _____ , dal _____ al _____ , causa di cessazione _____ ;

- i) di avere diritto alla applicazione delle preferenze a parità di merito in quanto _____ (cfr allegato A del bando);
- j) di conoscere la seguente lingua straniera _____;
- k) la propria capacità di utilizzo delle apparecchiature e applicazioni informatiche più diffuse con particolare riferimento alle applicazioni pertinenti allo svolgimento dei compiti da ricoprire;
- l) di impegnarsi a comunicare tempestivamente per iscritto eventuali variazioni di indirizzo sollevando l'Amministrazione da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario;
- m) di accettare tutte le condizioni previste dall'Avviso e, in caso di assunzione, tutte le disposizioni che regolano lo stato giuridico ed economico dei dipendenti degli Enti Locali;
- n) di avere ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'art. 12 dell'avviso di selezione e di autorizzare il Comune di Ascoli Piceno, ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003, n. 196, ad utilizzare i dati contenuti nella presente domanda esclusivamente ai fini della procedura concorsuale ed in caso di assunzione ai fini della costituzione del rapporto di lavoro;
- o) di autorizzare, altresì, il Comune di Ascoli Piceno, ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003, n. 196, alla pubblicazione, sull'Albo pretorio e sul sito istituzionale dell'Ente, dei propri dati, negli elenchi che si renderanno necessari nell'ambito della procedura selettiva.
- p) di allegare, a corredo della domanda, i seguenti documenti:
- copia di un documento di riconoscimento, in corso di validità;
 - curriculum professionale in carta libera, datato e firmato in ogni pagina, redatto nelle forme del D.P.R. 445/2000 e succ. modificazioni;
 - abilitazione all'esercizio professionale ed iscrizione all'Ordine dei Farmacisti;
 - altri documenti che il candidato ritenga utile produrre;
 - elenco dei documenti allegati datato e firmato.

(Luogo e data) _____

Firma _____

(Ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. n. 445/2000, la firma da apporre in calce alla presente domanda non è soggetta ad autenticazione)

Dichiara inoltre:

l'indirizzo presso cui desidero ricevere ogni comunicazione è il seguente:
CAP _____ Città _____ via _____ n. _____ recapito telefonico _____

_____.

Spazio riservato ai portatori di handicap

Il sottoscritt _____ dichiara di avere necessità del seguente ausilio, in sede di prova concorsuale:

_____ dichiara di avere necessità di usufruire dei seguenti tempi aggiuntivi per l'espletamento delle prove. In relazione al proprio handicap:

_____.

Firma per esteso (non autenticata)

Modello di dichiarazione dei titoli di servizio (da presentare in carta semplice)

Il sottoscritto/a (cognome e nome) _____

D I C H I A R A

ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni, di aver svolto i seguenti periodi di **servizio in qualità di Farmacista Collaboratore (Cat. D – Tab. D3):**

periodo di servizio in qualità di “Farmacista Collaboratore” dal _____ al _____ (indicare giorno, mese, anno)
contratto di _____ lavoro dipendente _____ collaborazione coordinata e continuativa o a progetto
datore di lavoro (esatta denominazione, sede) _____
orario di lavoro settimanale n. _____ ore.

periodo di servizio in qualità di “Farmacista Collaboratore” dal _____ al _____ (indicare giorno, mese, anno)
contratto di _____ lavoro dipendente _____ collaborazione coordinata e continuativa o a progetto
datore di lavoro (esatta denominazione, sede) _____
orario di lavoro settimanale n. _____ ore.

periodo di servizio in qualità di “Farmacista Collaboratore” dal _____ al _____ (indicare giorno, mese, anno)
contratto di _____ lavoro dipendente _____ collaborazione coordinata e continuativa o a progetto
datore di lavoro (esatta denominazione, sede) _____
orario di lavoro settimanale n. _____ ore.

periodo di servizio in qualità di “Farmacista Collaboratore” dal _____ al _____ (indicare giorno, mese, anno)
contratto di _____ lavoro dipendente _____ collaborazione coordinata e continuativa o a progetto
datore di lavoro (esatta denominazione, sede) _____
orario di lavoro settimanale n. _____ ore.

periodo di servizio in qualità di “Farmacista Collaboratore” dal _____ al _____ (indicare giorno, mese, anno)
contratto di _____ lavoro dipendente _____ collaborazione coordinata e continuativa o a progetto
datore di lavoro (esatta denominazione, sede) _____
orario di lavoro settimanale n. _____ ore.

Compilare un altro modello se gli spazi non sono sufficienti.

Data, _____

Firma leggibile _____

Allegare al modello di dichiarazione fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento valido

Modello di dichiarazione dei titoli di servizio presso STRUTTURE PRIVATE

(da presentare in carta semplice)

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

D I C H I A R A

ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni, di aver svolto i seguenti periodi di **servizio presso ditte private o attività libero professionali**

Ente (datore di lavoro – indicare l'esatta denominazione e sede) _____
Qualifica professionale _____
Tipo di contratto _____
Orario di lavoro settimanale n. _____ ore
Periodo (indicare giorno, mese, anno) dal _____ al _____ corrispondente a mesi ____ di servizio

Ente (datore di lavoro – indicare l'esatta denominazione e sede) _____
Qualifica professionale _____
Tipo di contratto _____
Orario di lavoro settimanale n. _____ ore
Periodo (indicare giorno, mese, anno) dal _____ al _____ corrispondente a mesi ____ di servizio

Ente (datore di lavoro – indicare l'esatta denominazione e sede) _____
Qualifica professionale _____
Tipo di contratto _____
Orario di lavoro settimanale n. _____ ore
Periodo (indicare giorno, mese, anno) dal _____ al _____ corrispondente a mesi ____ di servizio

Compilare un altro modello se gli spazi non sono sufficienti.

Data, _____

Firma leggibile _____

Allegare al modello di dichiarazione fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento valido