

Alla Farmacia comunale Lonigo Srl
Via Madonna n. 147
36045 Lonigo (Vicenza)
Pec: giulia.facchini@pec.it

Oggetto: Avviso per titoli e colloquio per la copertura di un posto di collaboratore farmacista a tempo determinato e parziale 36 ore, di livello 1, per la Farmacia comunale Lonigo Srl

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ C.A.P. _____

In Via _____ n. _____ telefono _____

Cellulare _____

CHIEDE

Di essere ammesso/a alla procedura indicata in oggetto.

A tal fine, ai sensi del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dalla stessa legge, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

(barrare con una crocetta la casella che interessa)

1

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino del seguente stato membro dell'Unione Europea: _____
e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana.

2

- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
- (in caso di cancellazione) di non essere iscritto/a per i seguenti motivi: _____

3

- di godere dei diritti civili e politici
- cittadini dell'Unione Europea: di godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza e provenienza;

4

- di non aver subito provvedimenti di interdizione dai pubblici uffici nonché di destituzione da precedenti rapporti di pubblico impiego;
- di essere sottoposto alle seguenti misure in corso, che escludano dalla nomina agli impieghi presso gli Enti Locali _____

5

- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
- ovvero
- di aver riportato le seguenti condanne penali (precisare gli articoli del Codice Penale): _____

ovvero

- di avere i seguenti procedimenti penali in corso: _____

6 di essere di stato civile _____ e di avere n. _____ figli.

7 Per i candidati di sesso maschile:

o che la propria posizione nei riguardi degli obblighi di leva è la seguente: (solo per i candidati di sesso maschile nati entro il 31/12/1985)

- dispensato
- riformato
- congedato

o di non rientrare nella categoria di candidato di sesso maschile nato entro il 31/12/1985;

8 di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Diploma di Laurea o C.T.F. _____ conseguito presso _____ il _____ con la seguente votazione _____ e iscrizione all'Albo dei Farmacisti

9

o di non essere portatore di handicap;

o di essere portatore di handicap, di avere un handicap fisico che non pregiudica l'idoneità all'impiego ma di avere necessità di usufruire dei seguenti ausili o tempi aggiuntivi per lo svolgimento della prova d'esame:

10 di avere svolto i seguenti servizi:

Il sottoscritto:

DICHIARA

- il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali per l'espletamento della selezione e per l'eventuale assunzione;
- chiede di inviare le comunicazioni relative alla selezione al seguente indirizzo mail _____;
- dichiara di impegnarsi a comunicare ogni variazione che dovesse successivamente intervenire.

Allegare a pena di esclusione, copia di un documento di identità valido.

(data)

(firma non autenticata)