

FARMACIA COMUNALE DI TAVAGNACCO S.R.L.
C/O COMUNE DI TAVAGNACCO
Piazza Indipendenza n. 1
33010 TAVAGNACCO

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____

c h i e d e

di essere ammesso/a alla selezione pubblica per titoli e colloquio, per l'assunzione di n. 1 farmacista collaboratore a tempo pieno e indeterminato

d i c h i a r a

consapevole della responsabilità penale prevista in caso di dichiarazioni mendaci e ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000;

- di essere nato/a a _____ il _____;
- di essere residente a _____ in Via _____
n. _____ cap. _____ tel. _____;
- di possedere la cittadinanza italiana o di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
_____ conseguito presso _____ in data _____
con la votazione di _____;
- di essere iscritto all'Albo Professionale dell'Ordine dei Farmacisti di _____ al
numero _____
- di essere fisicamente idoneo/a all'impiego da ricoprire;
- di non essere incorso in condanne penali e di non avere in corso procedimenti penali che
impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione di rapporto di
impiego;
- di avere adeguata conoscenza della lingua italiana (per i cittadini di altri stati membri
dell'Unione Europea);
- di autorizzare il trattamento dei dati personali per le finalità legate alla procedura di
selezione, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003
- di voler ricevere tutte le comunicazioni inerenti al presente concorso al seguente indirizzo
(solo se diverso dalla residenza): _____
_____;
- di aver preso visione del bando di concorso e di accettare tutte le clausole in esso inserite.

Allega alla presente:

- fotocopia non autenticata del documento d'identità in corso di validità;
- curriculum vitae datato e sottoscritto.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che Farmacia Comunale di Tavagnacco s.r.l. non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, caso fortuito o forza maggiore. Dichiara altresì che il proprio nominativo e l'indirizzo potranno essere forniti ad altri candidati che ne facciano

richiesta al solo scopo della comunicazione di eventuali ricorsi ai contro interessati.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole della veridicità delle dichiarazioni contenute nella presente domanda e di essere a conoscenza delle sanzioni penali di cui alla legge n. 445/200 in caso di false dichiarazioni.

Data, _____

(firma)