

**DOMANDA PARTECIPAZIONE**  
(da compilare in carta semplice)

*Spett.le*  
**FARMACIA COMUNALE DI TREPUSZI S.r.l.**  
*Via Surbo, 2*  
*73019 – Trepuzzi (LE)*

**OGGETTO: Domanda di partecipazione alla selezione pubblica, per quiz e colloquio, per la formazione di una graduatoria di Farmacisti Collaboratori da utilizzare per assunzioni a tempo determinato pieno o parziale.**

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a.....il .....

Residente in Via.....n. ....

Comune.....Prov. (.....) c.a.p. ....

Telefono...../..... Cellulare.....

e-mail/PEC .....

Codice fiscale .....

**CHIEDE**

di partecipare alla selezione pubblica di cui in oggetto e, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000,

**DICHIARA**

- di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso del titolo di Soggiorno \_\_\_\_\_ (per i cittadini di Paesi Terzi);
- di essere in possesso dello status di rifugiato \_\_\_\_\_ (per i cittadini di Paesi terzi);
- di possedere un'adeguata conoscenza della lingua italiana parlata e scritta (per i cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea e dei Paesi Terzi);
- di godere dei diritti civili e politici e di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso dei diritti civili e politici nello stato di provenienza (per i cittadini di stati membri dell'U.E., il godimento dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza);
- di possedere l'idoneità fisica alle mansioni da svolgere;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

\_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ con la seguente valutazione finale \_\_\_\_\_;

- Riferimento normativo che legittima l'equipollenza \_\_\_\_\_  
(I candidati che hanno conseguito i titoli di studio all'estero dovranno indicare il riferimento

normativo che legittima l'equipollenza del proprio titolo di studio con quello italiano che dovrà essere anteriore alla data di scadenza del termine utile per la presentazione delle domande di partecipazione alla presente selezione pubblica);

- di aver conseguito l'abilitazione professionale il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Albo Professionale dei farmacisti di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
- di aver svolto per almeno sei mesi, anche non continuativi, attività presso una farmacia pubblica (quale farmacista) con contratto di lavoro a tempo determinato, stage, apprendistato o altro, formalmente documentabile, esclusa l'attività in "convenzionato" o Co.Co.Co.;
- di possedere un'adeguata conoscenza della lingua \_\_\_\_\_ (inglese o altra lingua comunitaria);
- di possedere una buona conoscenza dell'uso delle apparecchiature e delle applicazioni informatiche più diffuse;
- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali o misure che comportino l'interdizione o l'esclusione, secondo le leggi vigenti, dalla nomina agli impieghi o la decadenza dagli stessi presso enti pubblici;
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni;
- (eventuale) di appartenere alla categoria dei soggetti di cui all'art. 3 della Legge 5 febbraio 1992 n. 104 e di richiedere i seguenti ausili ed eventuali tempi aggiuntivi per svolgere le prove selettive in relazione al proprio stato di handicap, di cui allega certificazione medica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
- di accettare incondizionatamente tutte le disposizioni e le norme contenute nel presente bando e dai regolamenti della farmacia in materia di personale.

Inoltre, dichiara di voler ricevere le comunicazioni riguardanti il concorso in oggetto al seguente RECAPITO:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) c.a.p. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail/PEC \_\_\_\_\_

riservandosi di comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dello stesso tramite PEC.

**Si allega alla presente:**

- Copia fotostatica di un proprio documento d'identità o di riconoscimento in corso di validità tra quelli indicati nell'art. 35 del D.P.R. n. 445/2000 con firma non autenticata;

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_.

Firma

\_\_\_\_\_