

Il/La sottoscritt..... (cognome).....(nome).....
Codice Fiscale nato/a a prov.
ilresidente a prov.
in Via n....., c.a.p.
tel. cittadinanza.....
e-mail..... PEC.....

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione pubblica per la formazione di una graduatoria per assunzione a tempo indeterminato e determinato) nel profilo di FARMACISTA COLLABORATORE, 1° livello CCNL per i dipendenti delle imprese gestite o partecipate dagli enti locali, esercenti farmacia, parafarmacie, magazzini farmaceutici all'ingrosso, laboratori farmaceutici.

Avviso di selezione Prot. n. 20 del 10 novembre 2025.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici prodotti dai provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art.75 D.P.R. 445/2000, dichiara:

☐ di avere preso visione del bando di selezione, di accettarne le condizioni e di essere in possesso dei requisiti indicati nell'art. 3 del medesimo;

☐ di non aver riportato condanne penali (se sì, indicare quali);

☐ di godere dei diritti civili e politici;

☐ di non essere stato licenziato, dispensato e/o destituito dall'impiego presso una pubblica amministrazione;

☐ di essere in possesso del seguente titolo di studio, conseguito presso nell'anno

☐ di essere iscritto all'albo dell'ordine dei farmacisti di ;

☐ di essere in possesso delle patenti di guida cat B;

☐ di accettare le regole previste dal bando di selezione in oggetto;

☐ di essere a conoscenza di quanto previsto dal bando in tema di diario e sede delle prove d'esame;

Chiede che ogni comunicazione relativa al concorso venga inviata al seguente indirizzo (anche mail o PEC):

Allegati in formato pdf:

☐ Fotocopia fronte/retro del documento d'identità

☐ Curriculum formativo e professionale

☐ Informativa sulla privacy

☐ _____

Data _____

Firma _____