

**Domanda di ammissione alla selezione per titoli ed esami, ad evidenza pubblica per la formazione di una "Graduatoria di Farmacisti Collaboratori", cui attingere per eventuali assunzioni a tempo determinato con rapporto di lavoro a tempo pieno o a tempo parziale e/o per incarichi/sostituzioni con servizio diurno e notturno.**

All'Amministratore unico  
Farmacie Comunali Pomezia S.p.A.  
Via Pontina Km 31.400 S.R. 148  
00071 Pomezia (RM)

Il/ La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il - \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap: \_\_\_\_\_ Pov. (\_\_\_\_\_)  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

#### **CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare alla Selezione, per titoli, per la formazione di una graduatoria di farmacisti collaboratori per l'eventuale assunzione a tempo determinato con rapporto di lavoro a tempo pieno e/o parziale e/o per incarichi/sostituzioni.

A tal fine, sotto la propria e diretta responsabilità, quale dichiarazione sostitutiva di atto notorio ex art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modifiche e integrazioni,

#### **DICHIARA**

- di voler ricevere ogni comunicazione riguardante la selezione al seguente indirizzo \_\_\_\_\_
- di essere in possesso della cittadinanza: \_\_\_\_\_
- di essere in possesso della idoneità psicofisica all'impiego e alle mansioni proprie del profilo professionale oggetto della selezione;
- di essere in possesso della laurea in \_\_\_\_\_,  
(eventualmente: *dichiarato equipollente al diploma di maturità rilasciato da istituti italiani con provvedimento \_\_\_\_\_*) con punteggio di \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione;
- di essere iscritto/a all'Albo Professionale dei Farmacisti della provincia di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_
- di essere in possesso della patente di guida ed automunito/a;

- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di: \_\_\_\_\_  
*ovvero, di non essere iscritto/a nelle liste elettorali, ovvero di essere stato/a cancellato/a dalle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_, per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_);*
- di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a, ovvero di non essere stato/a dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso una pubblica amministrazione;
- di non avere riportato condanne penali, non avere procedimenti penali in corso e comunque di non trovarsi in alcuna delle condizioni che, ai sensi della normativa vigente, impediscono la costituzione del rapporto di impiego con pubbliche amministrazioni  
*(ovvero: di essere oggetto di provvedimento di interdizione temporanea dai pubblici uffici i cui effetti saranno dispiegati fino alla data del \_\_\_\_\_);*
- di autorizzare, ai sensi R.E. 679/2016, Farmacie Comunali Pomezia S.p.A. al trattamento dei dati personali ai soli fini delle procedure di selezione del presente avviso.

Il sottoscritto dichiara inoltre di:

- AVERE
- NON AVERE

già prestato servizio, in qualità di Farmacista Collaboratore, presso Farmacie Comunali Pomezia S.p.A.

**Allega: curriculum vitae firmato e fotocopia documento di identità in corso di validità.**

In fede,

firma del Candidato \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_