

**MODELLO DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA
PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA DA UTILIZZARE PER ASSUNZIONI A
TEMPO INDETERMINATO O DETERMINATO, PIENO O PARZIALE, DI "FARMACISTA
COLLABORATORE" – LIVELLO 1° "CCNL PER I DIPENDENTI DI AZIENDE
FARMACEUTICHE SPECIALI – ASSOFARM"**

Spett.le
Farmacie Genovesi S.r.l.
Via G. D' Annunzio, 27
16121 – Genova

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

Di essere ammesso/a a partecipare alla selezione pubblica per la formazione di una graduatoria da utilizzare per l'assunzione a tempo indeterminato o determinato, full- time o part-time, di farmacisti collaboratori – Livello 1° "CCNL per i dipendenti di aziende farmaceutiche speciali – ASSOFARM".

A tal fine, sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci di cui all' art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

A. Di essere residente in _____ (Prov. _____) Via/Piazza
_____ n. _____ C.A.P. _____, e di avere domicilio
(compilare se differente da residenza) in _____ (Prov. _____) Via/Piazza
_____ n. C.A.P. _____;

B. Che i propri recapiti sono:

- PEC (se posseduta) _____;
- Cellulare _____;
- E-mail _____;

C. Di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri appartenenti all' Unione Europea; *oppure* di essere familiare di cittadino di Stato membro dell' Unione Europea, non avente cittadinanza di uno Stato membro, titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente; *oppure* di essere cittadino di Paesi terzi titolare del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo o titolare dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria ai sensi della normativa vigente *(per i cittadini dei Paesi terzi andrà indicato anche il titolo che consente di soggiornare in Italia* _____);

D. *(per i cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea e dei Paesi Terzi)* di avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana parlata e scritta;

- N. Di autorizzare, ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, Farmacie Genovesi S.r.l al trattamento dei propri dati personali ai soli fini della presente procedura di selezione e di acconsentire alla pubblicazione del proprio nome negli elenchi relativi a calendari ed esiti delle prove, con le relative votazioni conseguite;
- O. Il candidato, se portatore di handicap, deve specificare di seguito l ' eventuale ausilio necessario in relazione al proprio handicap; nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi per lo svolgimento delle prove:

Si allega alla presente:

- copia documento di identità in corso di validità;
- curriculum vitae formativo- professionale;

DATA _____

FIRMA _____