

FARMACIE COMUNALI RIUNITE S.P.A.

VIA INGHILTERRA, 67 – 58100 GROSSETO

CODICE FISCALE – PARTITA IVA – REGISTRO IMPRESE DI GROSSETO 01101980538

ISCRITTA AL R.E.A. DI GROSSETO N. 6588/82 – CAPITALE SOCIALE 1.342.796,00 EURO INT. VERSATO

Uffici amministrativi tel. 0564/462288 – Fax 0564/462078

E mail: amministrazione@fcrgrosseto.it – PEC: fcrspagrosseto@pec.it

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE FARMACISTA COLLABORATORE 2024 (Allegato A)

Io sottoscritt _____
nat__ a _____ (__) il _____, residente in _____ (____),
Via _____ n.____, Codice fiscale _____ Comune di
residenza _____ Cellulare _____
Indirizzo PEC _____

presa visione dell'avviso di selezione pubblica per titoli ed esami per l'assunzione di numero uno farmacisti collaboratori a tempo pieno indeterminato presso Farmacie Comunali Riunite F.C.R. S.p.A.

(PEC): _____

CHIEDO

di essere ammess__ a partecipare alla selezione pubblica per titoli ed esami per l'assunzione di numero uno farmacisti collaboratori a tempo indeterminato presso Farmacie Comunali Riunite S.p.A. e, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in materia di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

dichiaro:

(barrare soltanto le caselle che si intendono compilare)

- di essere cittadin__ italian__ (allegare documento di identità);
- di essere cittadin__ del seguente stato membro dell'Unione Europea: _____
(allegare documento di identità);
- di essere cittadin__ del seguente stato _____ e di essere in possesso del seguente titolo abilitante alla partecipazione alla presente selezione: _____ (allegare copia del titolo abilitante);
- di essere iscritt__ nelle liste elettorali del Comune di _____;
- di essere iscritt__ nelle liste elettorali nello stato _____ (per i cittadini di stati membri dell'unione Europea);
- di essere iscritt__ nelle liste elettorali nello stato _____ (per i cittadini di stati terzi);

FARMACIE COMUNALI RIUNITE S.P.A.

VIA INGHILTERRA, 67 – 58100 GROSSETO

CODICE FISCALE – PARTITA IVA – REGISTRO IMPRESE DI GROSSETO 01101980538

ISCRITTA AL R.E.A. DI GROSSETO N. 6588/82 – CAPITALE SOCIALE 1.342.796,00 EURO INT. VERSATO

Uffici amministrativi tel. 0564/462288 – Fax 0564/462078

E mail: amministrazione@fcrgrosseto.it – PEC: fcrspagrosseto@pec.it

- di non essere iscritt__ nelle liste elettorali o di esserne stat__ cancellat__ per il seguente motivo: _____
_____;
- di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;
- di aver riportato le seguenti condanne penali e/o di aver i seguenti procedimenti penali in corso:

_____;
- di essere in possesso dell' idoneità psico-fisica al servizio in qualità di farmacista collaboratore anche in relazione al servizio notturno solitario e di prestare comunque il consenso affinché l'azienda accerti detta idoneità a mezzo medico competente prima dell'eventuale immissione in servizio;
- di non essere stat__ destituit__ da pubblico impiego e/o dispensat__ dal servizio per persistente insufficiente rendimento e/o per produzione di documenti falsi;
- di essere idonea per lo svolgimento dei turni di notte e di non aver nessun tipo di limitazione;
- di non avere limitazioni di nessun genere nello svolgimento del lavoro domenicale e nei giorni festivi;
- di essere in possesso della laurea in _____
_____ (indicare specificamente anche il tipo di laurea ad es. vecchio ordinamento, laurea magistrale, laurea specialistica ecc....), conseguita il _____ presso l'Università degli Studi di _____ (allegare attestato o autocertificazione);
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di farmacista il _____ (allegare attestato o autocertificazione);
- di essere iscritt__ all'Albo Professionale dei Farmacisti della Provincia di _____ dal _____ al numero _____ (allegare attestato o autocertificazione);
- di essere portat__ di handicap (allegare certificazioni) e di chiedere, ai sensi dell'art. 220 L. 05/02/1992 n. 104, il seguente ausilio per l'espletamento della prova _____ e i seguenti tempi ulteriori per effettuare la prova medesima _____.

Allego alla presente domanda i seguenti documenti in carta libera:

- copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità;
- _____;
- _____;
- _____;

FARMACIE COMUNALI RIUNITE S.P.A.

VIA INGHILTERRA, 67 – 58100 GROSSETO

CODICE FISCALE – PARTITA IVA – REGISTRO IMPRESE DI GROSSETO 01101980538

ISCRITTA AL R.E.A. DI GROSSETO N. 6588/82 – CAPITALE SOCIALE 1.342.796,00 EURO INT. VERSATO

Uffici amministrativi tel. 0564/462288 – Fax 0564/462078

E mail: amministrazione@fcrgrosseto.it – PEC: fcrspagrosseto@pec.it

- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;

Autorizzo l'azienda al trattamento dei dati contenuti nella presente domanda e negli allegati nel rispetto della normativa vigente e nelle forme previste dal bando di selezione pubblica.

Accetto integralmente e senza riserva alcuna le norme del bando di selezione pubblica e, in particolare, quelle relative alle modalità di prestazione del servizio nonché quelle relative al diritto di proroga, riapertura, modifica o revoca del bando di selezione stesso.

_____ (luogo e data)

_____ (firma leggibile)