

## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

**alla selezione ad evidenza pubblica per la formazione di una “Graduatoria di Farmacisti Collaboratori cui attingere per eventuali assunzioni a tempo indeterminato o determinato con rapporto di lavoro a tempo pieno o a tempo parziale e/o per incarichi/sostituzioni”**

(in carta libera)

**All'Amministratore Unico  
della Farmacom Fabriano S.r.l.**  
(presso la sede del Comune di Fabriano)  
**Piazza XXIV Settembre 1997 n. 1  
60044 FABRIANO (AN)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_,  
Stato civile \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere ammess\_\_ a partecipare alla selezione in epigrafe e a tale scopo - consapevole delle responsabilità civili e penali previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci –

### DICHIARA

quanto segue (*depennare le dichiarazioni non pertinenti*):

- che le proprie generalità sono quelle sopra riportate;
- il possesso della cittadinanza italiana;

(*oppure*) la cittadinanza del seguente Stato della Unione Europea : \_\_\_\_\_  
e adeguata conoscenza della lingua italiana;

- di godere dei diritti civili e politici (*per i cittadini dell'Unione Europea, anche negli Stati di appartenenza o provenienza*) e di essere iscritto/a nelle liste elettorali nel Comune di \_\_\_\_\_;

- il possesso del titolo di studio di cui all'art. 1 del bando, e precisamente:

Laurea in \_\_\_\_\_ Conseguita il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_, con votazione finale di \_\_\_\_\_;  
(per il titolo di studio conseguito all'estero, indica gli estremi del provvedimento che ne attesta l'equipollenza al diploma di laurea rilasciato da Università italiane \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_)

- di aver conseguito in data \_\_\_\_\_ l'Abilitazione di Stato all'esercizio della professione di farmacista;
- di essere iscritt\_\_ all'Albo Professionale presso all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di \_\_\_\_\_, data di iscrizione \_\_\_\_\_, numero di iscrizione \_\_\_\_\_;
- di iscritt\_ nelle liste elettorali Comune di \_\_\_\_\_ ovvero il motivo della non iscrizione o della cancellazione dalle stesse \_\_\_\_\_;
- di avere adeguata conoscenza dell'uso delle apparecchiature e delle applicazioni informatiche più diffuse;
- di essere in posizione regolare nei confronti dell'obbligo di leva e di quelli relativi al servizio militare volontario (per i candidati cittadini italiani di sesso maschile nati entro il 31/12/1985) in quanto (*specificare se assolto, esente, riformato, soprannumerario, ecc.*): \_\_\_\_\_;
- di non aver riportato condanne penali (applicazioni di pena ex art. 444 c.p.p.) e di non essere stato interdetto o sottoposto a misure di sicurezza o di prevenzione;
- di non avere procedimenti penali in corso;
- di non aver riportato sanzioni disciplinari superiori alla censura;
- di essere in possesso della idoneità psico-fisica al servizio continuativo ed incondizionato nella mansioni proprie della qualifica di farmacista e di essere esente da tossicodipendenze ed alcool-dipendenza;
- di non essere stato licenziato/a per motivi disciplinari, destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso enti locali o aziende pubbliche o private con provvedimento definitivo;
- di aver effettuato il versamento del contributo spese pari a 30,00 euro (trenta/00 euro), non rimborsabili, come da allegata ricevuta;
- di non aver superato del limite massimo di età previsto dalle norme vigenti per il collocamento a riposo;
- di possedere i seguenti titoli vari (*indicare dettagliatamente tutti i dati necessari per una eventuale verifica di veridicità, quali data di conseguimento, ente che lo ha rilasciato, ecc.*):
  - pubblicazioni scientifiche : \_\_\_\_\_
  - idoneità in concorsi per esami a posti di livello pari o superiore a quello del posto messo a bando: \_\_\_\_\_
  - titoli post-laurea con esame finale (master, corsi di perfezionamento, scuole di specializzazione, ecc.): \_\_\_\_\_

---

dottorato di ricerca in \_\_\_\_\_

---

• di aver prestato servizio in qualità di farmacista collaboratore (oppure con qualifica superiore) presso farmacie private o municipalizzate, come di seguito specificato (*indicare tutti i periodi di servizio, anche ai fini della valutazione dei titoli*):

Farmacia: \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Inquadramento contrattuale (*in caso di qualifica superiore*) \_\_\_\_\_  
CCNL applicato: \_\_\_\_\_  
Periodo di lavoro: dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Regime orario (*se part-time indicare la percentuale*): \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Inquadramento contrattuale (*in caso di qualifica superiore*) \_\_\_\_\_  
CCNL applicato: \_\_\_\_\_  
Periodo di lavoro: dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Regime orario (*se part-time indicare la percentuale*): \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Inquadramento contrattuale (*in caso di qualifica superiore*) \_\_\_\_\_  
CCNL applicato: \_\_\_\_\_  
Periodo di lavoro: dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Regime orario (*se part-time indicare la percentuale*): \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Inquadramento contrattuale (*in caso di qualifica superiore*) \_\_\_\_\_  
CCNL applicato: \_\_\_\_\_  
Periodo di lavoro: dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Regime orario (*se part-time indicare la percentuale*): \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Inquadramento contrattuale (*in caso di qualifica superiore*) \_\_\_\_\_  
CCNL applicato: \_\_\_\_\_  
Periodo di lavoro: dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Regime orario (*se part-time indicare la percentuale*): \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Inquadramento contrattuale (*in caso di qualifica superiore*) \_\_\_\_\_  
CCNL applicato: \_\_\_\_\_

Periodo di lavoro: dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Regime orario (*se part-time indicare la percentuale*): \_\_\_\_\_

\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ dichiara inoltre:

1) **di essere disponibile all'assunzione anche immediatamente dopo la pubblicazione della graduatoria definitiva;**

2) di essere consapevole che l'assunzione rimane subordinata, altresì, ai limiti imposti dalle disposizioni legislative vigenti e da motivate esigenze di organizzazione;

3) di avere preso visione e di accettare in modo pieno ed incondizionato le disposizioni contenute nell'avviso di selezione in particolare quelle relative alla facoltà, in capo alla Società, di annullare, revocare o modificare l'avviso di selezione e di prorogare il termine fissato per la presentazione delle domande;

4) di essere consapevole che tutte le comunicazioni/convocazioni inerenti alla presente procedura verranno effettuate, con valore di notifica a tutti gli effetti di legge, mediante avvisi pubblicati sul sito web [www.farmaciefarmacofabiano.it](http://www.farmaciefarmacofabiano.it) ;

5) di autorizzare la Farmacom Fabriano Srl, ai sensi della vigente normativa sulla privacy, al trattamento dei dati personali nell'ambito e per le finalità della procedura;

6) di allegare alla presente domanda:

copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità;

ricevuta relativa al versamento di euro 30,00 (euro trenta), per contributo spese di selezione non rimborsabili;

il proprio curriculum professionale, debitamente datato e sottoscritto;

altro (*ad esempio: copia delle pubblicazioni scientifiche, delle determinazioni di idoneità nei concorsi, degli attestati di partecipazione a corsi, degli ulteriori titoli di studio, ecc.*)

Fermo restando che \_\_\_ sottoscritt\_\_\_ accetta che tutte le comunicazioni/convocazioni inerenti alla presente procedura selettiva verranno effettuate mediante avvisi pubblicati sul sito web [www.farmaciefarmacofabiano.it](http://www.farmaciefarmacofabiano.it)., dichiara che eventuali comunicazioni potranno essere inviate, a discrezione della Società, tramite messaggistica al n. di cell. \_\_\_\_\_ ovvero al seguente indirizzo di email \_\_\_\_\_ o P.E.C. \_\_\_\_\_ e si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione.

Data \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_