

Cognome _____

Nome _____

MODELLO DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

AZIENDA SPECIALE FARMACEUTICA DI GORIZIA

Via del San Michele, 108

34170 Gorizia (GO)

PEC: farmacia.go.sandrea@pec.it

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER TITOLI ED ESAMI
UTILE ALLA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA FINALIZZATA ALL'ASSUNZIONE DI
PERSONALE "n. 2 FARMACISTA COLLABORATORE" CON CONTRATTO DI LAVORO A
TEMPO INDETERMINATO E A TEMPO PARZIALE 32 ORE - Inquadramento Livello 1° CCNL
A.S.SO.FARM.**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____ residente a
_____ prov. _____ in via/piazza _____
n. _____; C.F. _____; tel.: _____
indirizzo e-mail (o PEC): _____

RECAPITO PER LE COMUNICAZIONI AFFERENTI AL PRESENTE CONCORSO (*solo se diverso
dalla residenza*): via/piazza _____ n. _____
città _____ prov. _____ C.A.P. _____

C H I E D E

di essere ammesso/a a partecipare al concorso pubblico suindicato.

A tal fine dichiara, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali di cui
all'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, quanto segue:

a) di essere cittadino/a (barrare la casella interessata):

- ☐ italiano/a;
- ☐ di altro Paese dell'Unione Europea, (*specificare*) _____;
- ☐ di altro Paese non appartenente all'Unione Europea, (*specificare*) _____

avente, quale familiare, il Sig./la Sig.ra _____,
nato/a a _____, il _____, residente a _____,
cittadino/a del seguente Paese dell'Unione Europea (*specificare*) _____ e
di essere:

- ☐ titolare del diritto di soggiorno;
- ☐ titolare del diritto di soggiorno permanente;
- ☐ di altro Paese non appartenente all'Unione Europea, (*specificare*) _____
e di essere comunque:
 - ☐ titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;

Cognome _____

Nome _____

- ☐ titolare dello status di rifugiato;
- ☐ titolare dello status di protezione sussidiaria;

b) di godere dei diritti civili e politici e di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ prov. _____

oppure

di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo:

c) di richiedere una delle misure previste dall' art. 3, comma 4 bis, del D.L. 80/2021 convertito con modificazioni dalla L.113/2021 attuato con D.M. 9 novembre 2021 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione pubblica (G.U. 28/12/2021 n. 307) per gli individui affetti da disturbi specifici di apprendimento (DSA), in funzione di una apposita ed esplicita certificazione medica resa dalla Commissione medico-legale dell'ASL di riferimento o da equivalente struttura pubblica. **SI** ☐ **NO** ☐

d) di essere fisicamente idoneo/a all'impiego;

e) di non avere riportato condanne penali e non essere stati interdetti o sottoposti a misure che escludono, secondo le vigenti leggi, dalla nomina all'impiego presso una Pubblica Amministrazione;

oppure

di non avere procedimenti penali in corso che impediscono la costituzione del rapporto d'impiego;

f) di non essere stato/a destituito/a, dispensato/a, licenziato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione né essere stato dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;

g) di essere in posizione regolare nei riguardi degli obblighi di leva se d'obbligo;

h) di possedere il seguente titolo di studio: _____
conseguito nell'anno _____ presso _____
con votazione _____;

i) di essere abilitato all'esercizio della professione di farmacista e quindi di aver superato l'esame di stato ai fine dell'abilitazione oppure di aver frequentato il corso di laurea nuovo ordinamento (cd. Laurea Abilitante)

j) Di essere iscritto all'albo dei farmacisti della provincia di _____
al n. _____ in data _____;

k) di avere svolto, in qualità di FARMACISTA COLLABORATORE presso le aziende speciali farmaceutiche, farmacie comunali e farmacie private, le seguenti attività lavorative (*specificando l'azienda, datore di lavoro, il profilo professionale e la categoria contrattuale appartenenza, la natura del rapporto di lavoro - se a tempo indeterminato o determinato - i periodi effettuati - data di inizio e fine dei rapporti*):

Cognome _____

Nome _____

- l) ☐ di essere in possesso dell'attestazione di conoscenza della lingua slovena (eventualmente specificare quale): _____
- m) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza/preferenza ai sensi della legge:

- n) di possedere tutti i requisiti, nessuno escluso, indicati nel bando al paragrafo "requisiti";
- o) di accettare, senza alcuna riserva, le condizioni del bando in oggetto e le norme nello stesso richiamate;
- p) di autorizzare l'Azienda Speciale Farmaceutica di Gorizia al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs.196/2003 e s.m.i., per quanto necessario all'espletamento della procedura concorsuale;

Il/La sottoscritto/a ALLEGA:

- curriculum formativo-professionale, datato e sottoscritto;
- fotocopia, fronte-retro, di un documento d'identità in corso di validità;
- gli eventuali titoli, documenti o attestazioni di servizio, dichiarati o autocertificati ai sensi di legge.

Data _____

Firma