Allegato B) domanda Graduatoria B

Al Direttore Generale

 Servizi alla Persona

 Longarone Zoldo a.s.c.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAP\_\_\_\_\_\_\_\_ in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*campo obbligatorio

**CHIEDE**

di essere ammesso alla selezione per la costituzione di una graduatoria di idoneità per assunzione nel profilo di DIRETTORE DI FARMACIA MONTE PELMO a tempo determinato contratti intermittenti o libero professionali per sostituzioni di breve e media durata

 **(Graduatoria B)**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci previste dall’art. 76 D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici prodotti dai provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell’art.75 D.P.R. 445/2000, dichiara:

* di aver preso visione dell’avviso di selezione di cui Vs. prot. n. 47/18 e di accettarne tutte le condizioni;
* di essere cittadino italiano / di altro Stato membro dell’Unione Europea/cittadino extracomunitario in possesso di regolare permesso di soggiorno (cancellare le voci che non ricorrono);
* di aver compiuto i 18 anni di età;
* di possedere l’idoneità psicofisica all’espletamento delle mansioni da svolgere;
* di non avere subito condanne penali passate in giudicato comportanti lo stato di interdizione o misure che escludono, secondo le leggi vigenti, dalla nomina agli impieghi presso enti pubblici;
* di autorizzare l’Azienda al trattamento dei dati personali forniti, per l’esecuzione degli adempimenti relativi la presente selezione e agli eventuali successivi rapporti di lavoro che dovessero instaurarsi tra le parti, nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni in materia di privacy;
* di essere a conoscenza ed accettare le previsione dell’avviso circa le modalità di notifica ai candidati delle date in cui si effettueranno la/le prove di selezione;

*BARRARE CASELLE DI INTERESSE E COMPLETARE DESCRIZIONE*

🞏 DI ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE TITOLO DI STUDIO:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rilasciato da:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 DI ESSERE IN POSSESSO DELL’ABILITAZIONE ALLA PROFESSIONE E DI ESSERE ISCRITTO ALL’ALBO PROFESSIONALE DEI FARMACISTI DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CON IL N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara che tale titolo riscontra il requisito minimo specifico previsto dai requisiti specifici del bando

🞏 DI AVER MATURATO N \_\_\_\_\_\_\_\_ ANNI E N\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MESI DI ESPERIENZA NELLA QUALIFICA DI DIRETTORE DI FARMACIA

Allega:

* curriculum vitae
* Fotocopia (non autenticata) di un documento di identità in corso di validità del dichiarante

Dichiara che l’indirizzo mail utile per le comunicazioni previste dall’avviso di selezione è il seguente:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chiede che ogni eventuale comunicazione non rinvenibile sul sito istituzionale della Servizi alla Persona Longarone Zoldo sia inviata all’indirizzo mail sopra indicato.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma leggibile del dichiarante

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La firma NON deve essere autenticata