

PROVA SELETTIVA PER L'ASSUNZIONE A TEMPO PIENO e DETERMINATO PER MESI 6 DI N°1 FARMACISTA COLLABORATORE

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

redatta ai sensi del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445

Il sottoscritto _____, nato a _____ il
_____ residente in _____ via _____ n. _____
CAP _____ codice fiscale _____
Indirizzo mail _____ telefono _____
Indirizzo mail PEC _____

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non corrispondenti a verità e consapevole altresì che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione lo scrivente decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata

- di essere in possesso dei seguenti requisiti:
 - essere in possesso del diploma di laurea in Farmacia oppure in Chimica e Tecnologia Farmaceutica, con abilitazione alla professione, ed iscrizione all'Albo Professionale dei Farmacisti
 - essere in possesso della cittadinanza italiana; il requisito non è richiesto per i candidati che dalla legge sono equiparati ai cittadini italiani, nonché per gli appartenenti all'Unione Europea, fatte salve le eccezioni di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 febbraio 1994 (Gazzetta Ufficiale 15/2/1994 n. 61)
 - avere idoneità psico-fisica all'espletamento delle mansioni da svolgere. L'Azienda ha facoltà di sottoporre a visita medica di controllo i vincitori della selezione, in base alla normativa vigente, la non idoneità comporta l'esclusione dalla graduatoria
 - avere pieno godimento dei diritti civili e politici
 - assenza di condanne, anche non passate in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale
 - assenza di provvedimenti interdittivi dai pubblici uffici
- di non essere stati destituiti o dichiarati decaduti dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione
- di non avere contenziosi pendenti con il Comune di Vimercate o con Azienda Speciale Farmacie Comunali Vimercatesi
- di non trovarsi in una delle situazioni di incompatibilità di cui al D.Lgs. 39/13
- di non essere titolare di farmacia o parafarmacia privata

- di non svolgere altri incarichi in favore di amministrazioni pubbliche e soggetti privati che costituiscano causa di incompatibilità o determinino situazioni anche solo potenziali di conflitto d'interesse
- di accettare, avendone presa conoscenza, le norme e le condizioni stabilite dal l'Avviso Pubblico
- di essere in possesso di green pass valido
- di autorizzare il trattamento dei dati personali trasmessi con la domanda di partecipazione alla selezione

[] la necessità di dover fruire, ai sensi della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un ausilio necessario per lo svolgimento delle prove, nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi

[] di trovarsi nelle condizioni espresse nella Legge Regionale 2 febbraio 2010, N. n.4 "Disposizioni in favore dei soggetti con disturbi specifici di apprendimento"

DICHIARA INOLTRE

- di avere competenze informatiche per l'utilizzo del programma di gestione della farmacia (Wingesfar)
 - [] sufficienti
 - [] buone
 - [] ottime
- di avere competenze informatiche di base (word processor, fogli elettronici, presentazioni, navigazione web, ecc)
 - [] sufficienti
 - [] buone
 - [] ottime
- di aver prestato _____ mesi di servizio (superiore ai 15gg) come Direttore di farmacia
- di aver prestato _____ mesi di servizio (superiore ai 15gg) come Collaboratore di farmacia

_____, li _____

(Firma leggibile e per esteso)

La firma autografa deve essere accompagnata dalla fotocopia di un documento di identità (in corso di validità del dichiarante)