**Bando di concorso per titoli e prove**

**per la copertura di due posti di 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 più corrispondenti a verità e consapevole altresì che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione la scrivente Impresa 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 Cinisello Balsamo o con Azienda Multiservizi Farmacie S.p.A. oppure con Azienda Speciale Nido o, infine, con altre partecipate del Comune di Cinisello Balsamo
* 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 aver prestato, per almeno due anni, servizio come farmacista collaboratore di farmacia
* di accettare, avendone presa conoscenza, le norme e le condizioni stabilite dal l’Avviso Pubblico
* 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

DICHIARA INOLTRE

* di avere competenze informatiche per l'utilizzo del programma di gestione della farmacia (Wingesfar)

[ ] sufficienti

[ ] buone

[ ] ottime

* di avere buone 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Firma leggibile e per esteso)

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