

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO 1 FARMACISTA
COLLABORATORE FULL- TIME, TEMPO INDETERMINATO

Spett.le Inco.Farma S.p.A.
in persona del legale rapp.te p.t.
Via Taddeo da Sessa
Centro Direzionale
80132 - Napoli

Il sottoscritto/a _____ chiede di partecipare alla selezione per titoli e colloquio per l'assunzione a tempo indeterminato per la copertura di n° 01 (un) posto di farmacista collaboratore full-time a tempo indeterminato presso le Farmacie Comunali gestite dalla Inco.Farma S.p.A.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, sotto la sua personale responsabilità dichiara:

1. di essere nato/a a _____ il _____;
2. di essere residente nel Comune di _____ alla via _____ e di eleggere quale domicilio cui recapitare la corrispondenza il seguente: _____
(indirizzo, codice avviamento postale, e-mail ed eventuale recapito telefonico ai fini dell'immediata reperibilità);
3. di essere in possesso della cittadinanza italiana (o l'appartenenza a uno stato membro dell'Unione Europea unitamente ai requisiti di cui all'art. 3 del D.P.C.M. 7.2.1994 n. 174);
4. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime (detta indicazione deve essere espressa dai cittadini degli Stati appartenenti all'Unione Europea con riferimento allo stato di appartenenza);
5. di essere fisicamente idoneo/a al servizio (gli invalidi devono dichiarare di non aver lesioni o infermità maggiori di quelle previste nella settima o ottava categoria della tabella A di cui al D.P.R. 3°.12.1981 n. 834 e s.m.i.);
6. di non aver riportato condanne penali e di avere procedimenti penali in corso (in caso affermativo indicare quali);
7. essere in regola con gli obblighi di leva (per i candidati di sesso maschile nati entro il 31.12.1985);
8. non essere cessato da precedenti rapporti di lavoro a causa di insufficiente rendimento o per produzione di documenti falsi o per uso di mezzi fraudolenti e, in ogni caso, non aver subito provvedimenti di recesso per giusta causa;
9. di _____ essere _____ in _____ possesso _____ della _____ laurea _____ in _____
_____ (con l'indicazione della

- votazione finale riportata, dell'Università che lo ha rilasciato e dell'anno del conseguimento), qualora il titolo di studio sia stato conseguito all'estero, dovrà essere citata la dichiarazione dell'autorità competente che attesti l'equipollenza ad un titolo di studio rilasciato da Istituti italiani;
10. di essere abilitato all'esercizio della professione e di essere iscritto all'albo professionale dell'ordine dei farmacisti di _____ al n° _____;
 11. di impegnarsi a svolgere l'attività presso tutte le farmacie gestite dalla Inco.Farma S.p.A. senza alcun onere aggiuntivo a carico della Società.
 12. di accettare, senza riserva, le condizioni previste dai regolamenti organici in vigore al momento della nomina o di quelli futuri, la destinazione prescelta dal datore di lavoro come sede di svolgimento dell'attività lavorativa, nonché eventuali divieti e delimitazioni al libero esercizio della professione;
 13. di accettare senza riserva tutte le condizioni prescritte nel bando *de quo*;
 14. autorizza al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 s.m.i.

Si allegano:

- fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
- curriculum (redatto in carta libera) – datato e sottoscritto – con l'indicazione del titolo di studio posseduto, della data di conseguimento, dell'Istituto che lo ha rilasciato e della votazione finale riportata (qualora il titolo di studio sia stato conseguito all'estero, dovrà essere citata la dichiarazione dell'autorità competente che attesti l'equipollenza ad un titolo di studio rilasciato da Istituti italiani);
- per i candidati diversamente abili: idonea certificazione medica (in originale o in copia autentica) da cui risulti l'eventuale ausilio occorrente per l'espletamento delle prove e l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi indicando l'entità;
- certificato di iscrizione ad un albo provinciale dell'Ordine dei Farmacisti;
- copia o originale del bonifico bancario comprovante l'effettivo pagamento del contributo di partecipazione al concorso.

Data _____

Firma _____