

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Selezione pubblica per n. 1 Commesso/a di Farmacia a tempo determinato (12 mesi) e part-time 20 ore

Livello 5° CCNL Farmacie Private

Alla Farmacia Comunale Coccaglio Servizi S.r.l.

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome: _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Codice Fiscale _____

Residente in _____ CAP _____

Via/Piazza _____ n. ____

Telefono _____

E-mail/PEC _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla selezione pubblica per l'assunzione di n. 1 Commesso/a di Farmacia.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto, DICHIARA:

☐ di avere compiuto 18 anni;

☐ di essere cittadino/a italiano/a oppure di altro Stato ammesso dalla normativa vigente;

☐ di godere dei diritti civili e politici;

☐ di essere in posizione regolare rispetto agli obblighi di leva (se applicabili);

☐ di non aver riportato condanne penali che impediscano la costituzione del rapporto di lavoro;

☐ che non sussistono cause ostative ex art. 35-bis D.Lgs. 165/2001;

☐ che non sussistono cause ostative ex art. 53, comma 16-ter, D.Lgs. 165/2001;

☐ di essere in possesso del seguente titolo di studio:

conseguito presso _____

in data ____/____/____;

☐ di possedere un'ottima conoscenza della lingua italiana;

☐ di possedere buone competenze informatiche di base.

ESPERIENZE LAVORATIVE

ULTERIORI COMPETENZE PROFESSIONALI

DICHIARA INOLTRE

- ☐ di non essere stato/a destituito/a, dispensato/a, decaduto/a o licenziato/a da una Pubblica Amministrazione;
- ☐ di accettare integralmente e senza riserve quanto previsto dal bando di selezione;
- ☐ di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e della normativa vigente.

(eventuale)

Richiesta ausili e/o tempi aggiuntivi ai sensi della Legge 104/1992:

ALLEGATI OBBLIGATORI

1. Curriculum vitae datato e sottoscritto;
2. Copia di documento d'identità in corso di validità.

Luogo e data _____

Firma del candidato
