Allegato 2)

MODULO DOMANDA

AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA PER LA ASSUNZIONE DI PROFILO PROFESSIONALE "COMMESSO DI FARMACIA" (IMPIEGATO 5° Liv. CCNL Assofarm 2022-24) PART-TIME (30 ORE) A TEMPO INDETERMINATO

(termine per il ricevimento delle istanze di ammissione: ore _12.00_ del 30/09/2025_)

Farmacia Comunale Aprilia Nord S.r.l.
Via delle margherite, 259
Aprilia – Lt- 04011

_l_ sottoscritt__

_____

(Cognome) (Nome)

nat_ a _____ , prov. _____ , il ___ / ___ / _____ ,

residente a _____ , via _____ , n. _____ , scala ____ , int. _____ ,

C. F. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Tel. _____ ,

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione pubblica per l'assunzione di un profilo professionale "COMMESSO DI FARMACIA" (IMPIEGATO 5° Liv. CCNL Assofarm 2022-24) PART-TIME (30 ORE) A TEMPO INDETERMINATO.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici,

DICHIARA

- di avere la cittadinanza italiana o di uno Stato aderente all'Unione Europea o, per i cittadini extra-comunitari, di essere munito della carta o del permesso di soggiorno ai sensi della Legge 06 marzo 1998, n. 40 e del Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286 e s.m.i.;
- di essere in possesso di diritti civili e politici e di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____;
- di non essere coinvolto in alcun procedimento amministrativo o giudiziario previsto dal D.Lgs. 231/01 e s.m.i.;
- di essere immune da condanne penali e, comunque, immuni da ogni fatto che comporti la non legittima costituzione del rapporto di lavoro;

- di non essere stato/a interdetto/a dai pubblici uffici, nonché destituito/a o dispensato/a ovvero licenziato/a dall'impiego c/o una Pubblica Amministrazione, ovvero non essere stato/a dichiarato/a decaduto/a da un impiego;
- di essere di sana e robusta costituzione fisica ed esente da difetti che diminuiscano le attitudini alle funzioni inerenti al servizio;
- di possedere il seguente Titolo di Studio:

  _____ , conseguito presso _____ , in data _____ con votazione _____ ;

  _____ , conseguito presso _____ , in data _____ con votazione _____ ;

  _____ , conseguito presso _____ , in data _____ con votazione _____ ;

- di avere buone competenze informatiche di base per l'utilizzo del programma di gestione della farmacia;
- di essere in posizione regolare nei confronti degli obblighi di leva se soggetto a tale obbligo;
- di aver svolto le seguenti mansioni previste dal profilo professionale ricercato ed indicato nel presente bando di gara:
  - _____presso _____nel periodo_____;
  - _____presso _____nel periodo_____;
  - _____presso _____nel periodo_____;
  - _____presso _____nel periodo_____;
- di non avere avuto, e non avere in corso, contenziosi contro il Comune di Aprilia;
- di essere in possesso della patente della categoria prevista (per i profili per i quali la medesima è richiesta);
- di indicare in allegato alla presente domanda eventuali titoli di preferenza disciplinati da legge;
- di preferire l'assunzione con la forma contrattuale part time 30 ore, pur essendo al corrente della facoltà di Farmasa, ed accettando espressamente tale eventualità, di proporre al sottoscritto all'esito della selezione, per esigenze organizzative aziendali, l'eventuale assunzione con la forma contrattuale full time 40 ore.

Luogo e data

_____ Firma del richiedente

_____
(firma leggibile per esteso)

Documentazione da allegare:

- copia documento d'identità;
- nel caso di cittadino extracomunitario, copia permesso di soggiorno;

DICHIARA, altresì,

- di essere consapevole che sulle dichiarazioni rese verranno effettuati controlli ai sensi del D.P.R. 445/2000;
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente domanda viene presentata.

Luogo e data

_____ Firma del richiedente

_____
(firma leggibile per esteso)