

## ALLEGATO A

**Domanda di ammissione alla “Selezione ad evidenza pubblica, per titoli e prove di esame, per la formazione di una graduatoria per tre assunzioni a tempo indeterminato di Farmacisti Collaboratori con rapporto di lavoro a tempo pieno ed inquadramento al Livello 1 del CCNL A.S.SO.FARM.”**

*NB – SCRIVERE A STAMPATELLO O CON MEZZI DI SCRITTURA ELETTRONICI*

### Al Direttore Generale di Azienda Farmacie e Servizi S.p.A.

- a) La/ Il sottoscritto/a .....  
cognome nome
- b) NATA/O a: ..... Il .....  
Comune (Provincia) oppure Stato Estero GG/MM/AAAA
- c) RESIDENTE a: .....  
Comune (Provincia) CAP Via/Piazza n.
- d) DOMICILIATO/A (solo se diverso dalla residenza)  
a: .....  
Comune (Provincia) CAP Via/Piazza n.
- e) CODICE FISCALE .....
- f) TELEFONO (fisso e/o mobile) .....

### CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla “Selezione ad evidenza pubblica, per titoli e prove di esame, per la formazione di una graduatoria per tre assunzioni a tempo indeterminato di Farmacisti Collaboratori con rapporto di lavoro a tempo pieno ed inquadramento al Livello 1 del CCNL A.S.SO.FARM.”.

A tal fine, sotto la propria e diretta responsabilità, quale dichiarazione sostitutiva di atto notorio ex art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modifiche e integrazioni,

### DICHIARA

- di voler ricevere ogni comunicazione riguardante la selezione al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) e di esimere la società AFS SpA da ogni responsabilità per il mancato ricevimento o, in caso di ricevimento, di mancata lettura di ogni comunicazione che lo riguarda a questo stesso indirizzo e di accettare che nel caso in cui non risultasse confermata la ricevuta della comunicazione questa sia data per conosciuta essendo pubblicata sul sito di AFS SpA:
  - ..... @ .....
  - di essere in possesso della cittadinanza: .....
  - di essere in possesso della idoneità psicofisica all'impiego e alle mansioni proprie del profilo professionale oggetto della selezione;
  - di essere in possesso della laurea in :.....;  
(eventualmente: dichiarato equipollente al diploma di laurea rilasciato da istituti italiani con provvedimento:.....);
  - di essere in possesso della abilitazione all'esercizio della professione di farmacista;
  - di essere iscritto/a all'Albo Professionale dei Farmacisti della provincia di ..... al N°..... ;
  - di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a, ovvero di non essere stato/a dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
  - di non avere riportato condanne penali e comunque di non trovarsi in alcuna delle condizioni che, ai sensi della normativa vigente, impediscono la costituzione del rapporto di impiego con pubbliche amministrazioni, ovvero: di essere oggetto di provvedimento di interdizione temporanea dai pubblici uffici i cui effetti saranno dispiegati fino alla data del .....
  - di autorizzare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., AFS SpA al trattamento dei dati personali ai soli fini delle procedure di selezione del presente avviso, avendo preso visione dell'Allegato B;
  - di aver sottoscritto firmandolo e datandolo il proprio *curriculum vitae* in formato europeo;
  - di aver letto attentamente e quindi perfettamente compreso il bando di selezione pubblica a cui questa domanda di ammissione si riferisce e di accettarlo integralmente senza riserva alcuna.
- (i tre punti successivi per i soli candidati che non siano cittadini italiani):
- per i cittadini comunitari di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza;



Azienda Farmacie e Servizi S.p.a  
SESTO FIORENTINO

Via F. Cavallotti, 46  
50019 Sesto Fiorentino (FI)  
TEL. 055.446535 • FAX 055.444087  
C.F. | P.IVA 04459630481

- di avere adeguata conoscenza della lingua italiana, sia parlata che scritta;
- che gli estremi del documento ministeriale con il quale è stata riconosciuta l' idoneità del titolo di studio posseduto ai fini della instaurazione di rapporti di impiego sono i seguenti:  
(solo se conseguito all'estero) .....

*(il punto successivo per i candidati riconosciuti portatori di handicap ai sensi della L. 104/929)*

- di aver bisogno dei seguenti ausili, nonché di tempi aggiuntivi per lo svolgimento delle prove:

.....  
.....

#### ALLEGA

*curriculum vitae* **datato e firmato** e fotocopia documento di identità in corso di validità.

....., lì .../ .../ .....

In fede

*(firma autografa non autenticata)*