

Fac-simile domanda

ALLA AZIENDA FARMACEUTICA
MUNICIPALIZZATA SPA.

Via Ettore Moschino n.24
67100 L'Aquila

Il sottoscritto/anato/a a
..... il e residente
in.....C.A.P..... (provincia di) Via
....., n°....., codice fiscale n.....fa domanda di poter
essere ammesso/a alla selezione ad evidenza pubblica per titoli ed esami per progressione verticale
interna personale A.F.M. S.p.a.;

Al fine di cui sopra dichiara, ai sensi dell'art. 46 del T.U. approvato con D.P.R. 445/00, sotto personale
responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 75 del citato T.U. nonché delle sanzioni penali
previste dall'art. 76 del citato T.U. rispettivamente nelle ipotesi di non veridicità del contenuto delle
dichiarazioni rese e di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

di essere nato/a a.....il;
codice fiscale.....

di avere cittadinanza

di avere il godimento dei diritti civili e politici; oppure: di godere dei diritti civili e politici anche nello
Stato di appartenenza o di provenienza, e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana (per i
cittadini non italiani);

di non avere subito condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti; oppure: di avere
subito le seguenti condanne penali o che sono in corso i seguenti
procedimenti.....(precisando gli estremi del provvedimento di condanna o di
applicazione dell'amnistia, del condono, dell'indulto, e il titolo del reato);

di esser iscritto nelle liste elettorali del Comune di, oppure: di non essere iscritto o
di essere cancellato per i seguenti motivi:

di non essere stato destituito, dispensato o dichiarato decaduto dall'impiego presso una Pubblica
Amministrazione;

di essere fisicamente idoneo allo svolgimento continuativo e incondizionato delle mansioni di cui alla
presente selezione;

di essere in possesso dei seguenti titoli di preferenza da far valere a parità di
punteggio:.....;

di essere in possesso della Laurea in Farmacia conseguita presso.....
con votazione(1);

di essere in possesso dell'abilitazione alla professione di Farmacista;

di essere iscritto/a all'Albo Professionale dei Farmacisti di al n.,

di aver maturato titoli di servizio per rapporto di lavoro a tempo indeterminato full time in qualità di
farmacista presso AFM spa per il periodo indicato nella certificazione allegata e comunque per un
periodo non inferiore ad anni cinque.

Chiede che le comunicazioni relative al concorso gli vengano inviate al seguente
indirizzo:.....Via.....,n°.....,

C.A.P....., Città.....

Recapito telefonico numero:.....

Allega alla presente domanda i documenti e i titoli richiesti dal bando.

Il sottoscritto, alla luce delle disposizioni della D Lgs 196/2003, dichiara il proprio univoco ed incondizionato consenso al trattamento di tutti i dati personali esclusivamente necessari all'espletamento del procedimento concorsuale e della eventuale assunzione in servizio.

Il sottoscritto dichiara altresì di accettare in caso di attribuzione dell'incarico tutte le condizioni che regolano il rapporto di lavoro dipendente previste dal bando di selezione.

Data,

firma per esteso

Allegati:

- Curriculum Vitae Europeo sottoscritto;
- Certificato di servizio;
- Copia Carta Identita;