



ALLEGATO A

AZIENDA SERVIZI PUBBLICI S.p.A.

Domanda di ammissione alla Selezione ad evidenza pubblica, per titoli e prove di esame, per la formazione di una graduatoria di Farmacisti Collaboratori da cui attingere per eventuali assunzioni, sia a tempo indeterminato che determinato, con rapporto di lavoro a tempo pieno e/o part time

All'Amministratore unico
ASP S.p.A.
Largo Felice Armati, 1
00043 Ciampino (Rm)

=====

Il/ La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il - _____ C.F.: _____
residente a _____ in via _____ n. _____ cap: _____ Pov.(_____)
tel. _____ cell. _____
indirizzo di posta elettronica _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla “Selezione ad evidenza pubblica, per titoli e prove di esame, per la formazione di una graduatoria di Farmacisti Collaboratori da cui attingere per eventuali assunzioni, sia a tempo indeterminato che determinato, con rapporto di lavoro a tempo pieno e/o part time”.

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 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 dell'abilitazione all'esercizio della professione;
- di essere iscritto/a all'Albo Professionale dei Farmacisti della provincia di _____,
al n° _____;
- di essere in possesso della patente di guida ed automunito/a;
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di: _____

- (ovvero, di non essere iscritto/a nelle liste elettorali, ovvero di essere stato/a cancellato/a dalle liste elettorali del Comune di _____, per i seguenti motivi: _____);*
- 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, non avere procedimenti penali in corso 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 dispiagati fino alla data del _____);
 - di autorizzare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., ASP S.p.A. al trattamento dei dati personali ai soli fini delle procedure di selezione del presente avviso.

Il sottoscritto dichiara inoltre di:

- AVERE
- NON AVERE

già prestato servizio, in qualità di Farmacista Collaboratore, presso ASP S.p.A.

Allega: curriculum vitae firmato e fotocopia documento di identità in corso di validità.

In fede,

firma del Candidato _____

_____, li _____