



ALLEGATO A

AZIENDA SERVIZI PUBBLICI S.p.A.

**Domanda di ammissione alla selezione per titoli ed esami, ad evidenza pubblica per la formazione di una “Graduatoria di Farmacisti Collaboratori, cui attingere per eventuali assunzioni a tempo indeterminato con rapporto di lavoro a tempo pieno o a tempo parziale e/o per incarichi/sostituzioni a tempo determinato con rapporto di lavoro a tempo pieno o a tempo parziale.**

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, per titoli e prove di esame, per la formazione di una graduatoria di “Farmacisti Collaboratori per l’eventuale assunzione a tempo indeterminato con rapporto di lavoro a tempo pieno o a tempo parziale e/o per incarichi/sostituzioni a tempo determinato con rapporto di lavoro a tempo pieno o a tempo parziale”.

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 dispiogati 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 \_\_\_\_\_