

MODELLO DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

**AZIENDA SPECIALE BUCCINASCO**

4° piano – stanza n. 409 del palazzo comunale  
Via Roma, 2  
20090 BUCCINASCO (MI)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER L'ASSUNZIONE, A TEMPO PIENO ED INDETERMINATO, DI UN FARMACISTA DIRETTORE DI FARMACIA – LIVELLO 1° SUPER – AREA QUADRI – DEL CCNL ASSOFARM PER DIPENDENTI DI AZIENDE FARMACEUTICHE SPECIALI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_  
in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_;  
C.F. \_\_\_\_\_;  
tel.: \_\_\_\_\_ indirizzo email (o PEC): \_\_\_\_\_

RECAPITO PER LE COMUNICAZIONI AFFERENTI AL PRESENTE CONCORSO (*solo se diverso dalla residenza*):

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di essere ammesso/a a partecipare al concorso pubblico suindicato.

A tal fine dichiara, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, quanto segue:

a) di essere cittadino/a (barrare la casella interessata):

- italiano/a;  
 di altro Paese dell'Unione Europea, (*specificare*) \_\_\_\_\_;  
 di altro Paese non appartenente all'Unione Europea, (*specificare*) \_\_\_\_\_,  
avente, quale familiare, il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
cittadino/a del seguente Paese dell'Unione Europea (*specificare*) \_\_\_\_\_

e di essere:

- titolare del diritto di soggiorno;  
 titolare del diritto di soggiorno permanente;  
 di altro Paese non appartenente all'Unione Europea, (*specificare*) \_\_\_\_\_  
e di essere comunque:  
 titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;  
 titolare dello status di rifugiato;  
 titolare dello status di protezione sussidiaria;

b) di godere dei diritti civili e politici e di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
*oppure* di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo: \_\_\_\_\_;

- c) di essere fisicamente idoneo/a all'impiego;
- d) di non avere riportato condanne penali e di non trovarsi in nessuno dei casi che, a norma delle leggi vigenti, comportino l'interdizione e/o l'esclusione dalla nomina dei pubblici uffici nonché di non avere procedimenti penali in corso;  
*oppure*  
 di avere riportato le seguenti condanne penali (*in caso affermativo, il candidato dovrà dichiarare le condanne riportate, anche se siano stati concessi amnistia, condono, indulto o perdono giudiziale, specificando altresì che le stesse non abbiano disposto l'interdizione e/o l'esclusione dalla nomina dei pubblici uffici*):  
 \_\_\_\_\_;  
 \_\_\_\_\_;  
 ovvero  
 di avere i seguenti procedimenti penali pendenti (*specificare la natura*):  
 \_\_\_\_\_;  
 \_\_\_\_\_;
- e) di non essere stato/a destituito/a, dispensato/a, licenziato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione né essere stato dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- f) di essere in posizione regolare nei riguardi degli obblighi militari per i soli aspiranti di sesso maschile nati entro il 31/12/1985;
- g) di possedere il seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_  
 conseguito nell'anno \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
 con votazione \_\_\_\_\_;
- h) di essere abilitato all'esercizio della professione di farmacista e di essere iscritto all'Albo dei Farmacisti di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- i) di aver prestato servizio, di almeno al meno 2 (due) anni, in qualità di farmacista collaboratore, in farmacia aperta al pubblico;
- j) di avere svolto, in qualità di \_\_\_\_\_, le seguenti attività lavorative (*specificando l'azienda privata o l'Ente pubblico datore di lavoro, il profilo professionale e la categoria contrattuale di appartenenza, la natura del rapporto di lavoro - se a tempo indeterminato o determinato - e i periodi effettuati - data di inizio e fine dei rapporti*):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_;
- k) di voler sostenere la seguente prova di lingua straniera (*scegliere tra inglese o francese*):  
 \_\_\_\_\_;
- l) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza e/o preferenza ai sensi di legge:  
 \_\_\_\_\_;
- m) di essere portatore di handicap e di chiedere, per sostenere le prove d'esame, il seguente ausilio:  
 \_\_\_\_\_  
 e/o i seguenti tempi aggiuntivi \_\_\_\_\_.  
 A tal fine si allega certificazione rilasciata dalla seguente Struttura Sanitaria \_\_\_\_\_,  
 attestante la necessità di usufruire dei tempi aggiuntivi nonché dei sussidi necessari, relativi alla dichiarata condizione di disabilità.
- n) di accettare, senza alcuna riserva, le condizioni del bando in oggetto e le norme nello stesso richiamate;
- o) di autorizzare l'Azienda Speciale Buccinasco al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., per quanto necessario all'espletamento della procedura concorsuale;

Il/La sottoscritto/a ALLEGA:

- ricevuta del versamento della tassa di concorso di € 5,00;
- curriculum formativo-professionale, datato e sottoscritto;
- fotocopia, fronte-retro, di un documento d'identità in corso di validità;
- eventuale certificazione rilasciata da una competente Struttura Sanitaria attestante la necessità di usufruire dei tempi aggiuntivi nonché dei sussidi ritenuti necessari per la dichiarata condizione di disabilità;
- gli eventuali titoli, documenti o attestazioni di servizio, dichiarati o autocertificati ai sensi di legge.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

(non soggetta ad autentica ai sensi dell'art. 39 del DPR 445/2000)