

Domanda di ammissione alla “Selezione interna per titoli e prova orale per la nomina di un Farmacista Direttore”

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla “Selezione interna per titoli e prova orale per la nomina di un Farmacista Direttore, livello 1S CCNL Assofarm”, indetta da A.C.F. Farmacom.

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 all'indirizzo di Posta Elettronica: \_\_\_\_\_;
- di aver maturato un'anzianità di servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato nelle Farmacie Comunali di A.C.F. Farmacom di \_\_\_\_\_;
- di essere stato/a assunto/a con contratto a tempo indeterminato da A.C.F. Farmacom in data \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della idoneità psicofisica all'impiego alle mansioni proprie del profilo professionale oggetto della selezione;
- di essere in possesso della laurea in \_\_\_\_\_ conseguita con la votazione di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della abilitazione all'esercizio della professione conseguita in data \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto/a all'Albo Professionale dei Farmacisti della provincia di \_\_\_\_\_ al n.° \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- di autorizzare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, A.C.F. Farmacom al trattamento dei dati personali ai soli fini delle procedure di selezione del presente avviso.

Si allegano:

- curriculum vitae debitamente datato e firmato;
- fotocopia documento di identità in corso di validità, riportante la firma in calce;

In fede  
firma leggibile

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_