

Al Direttore

**AZIENDA FELTRINA
per i SERVIZI ALLA PERSONA
S E D E**

Il/la sottoscritto/a Nato/a il

a C.F.

Residente a in via

....
Tel..... Cell..... E-mail.

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione per **la formazione di una graduatoria per assunzioni a tempo determinato, a tempo pieno e/o parziale, nel profilo di FARMACISTA COLLABORATORE**, avviso di selezione prot. 00001023 del 08/04/2019

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci previste dall'art. 76 D.P.R.445/2000, nonché della decadenza dei benefici prodotti dai provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art. 75 D.P.R.445/2000

DICHIARA:

- o Di aver preso visione dell'avviso di selezione e di accettarne le condizioni;
- o Di essere a conoscenza delle modalità di notifica ai candidati delle date in cui si effettueranno le prove;
- o Di essere in possesso del titolo di studio: _____;
- o Di essere iscritto all'albo dei farmacisti;
- o Di essere cittadino italiano o di altro Stato membro dell'Unione europea;
- o Di essere cittadino extracomunitario in possesso di regolare permesso di soggiorno;
- o Di godere dei diritti politici e civili;
- o Di non avere condanne penali o procedimenti penali in corso che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione del rapporto d'impiego con la P.A.;
- o Di possedere l'idoneità psicofisica all'espletamento delle mansioni da svolgere;
- o

Dichiara altresì il possesso dei titoli sotto specificati e ne chiede la loro valutazione ai fini della formazione della graduatoria:

1. Titoli di Studio e formazione professionale:

Denominazione titolo	Conseguito in data	presso	voto

Chiede altresì di ricevere ogni eventuale comunicazione all'indirizzo mail indicato, oppure tramite posta ordinaria all'indirizzo.....

Autorizza inoltre l'Azienda Feltrina al trattamento dei dati personali forniti per l'esecuzione degli adempimenti relativi alla presente selezione e all'eventuale successivo rapporto di lavoro, ai sensi del Regolamento europeo UE 679/2016 (GDPR).

La firma NON deve essere autenticata.

La presente va firmata in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione, ovvero trasmessa – debitamente firmata – **con allegata fotocopia di un documento di identità (non autenticata).**

(luogo)

(data)

(firma del dichiarante)

