

SCHEMA DELLA DOMANDA D'ISCRIZIONE ALLA SHORT LIST SERVIZI VICOPHARMA S.P.A.

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____ Prov. _____

il _____ residente in _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n° _____

telefono _____ da pubblicare SI NO

cellulare _____ da pubblicare SI NO

e-mail _____ da pubblicare SI NO

CHIEDE

di essere inserito nella short list per la copertura di posti di farmacista collaboratore per brevi e medi periodi di tempo da impiegare nella farmacia gestita dalla **SERVIZI VICOPHARMA S.p.A.**

Comunica di essere disposto a prestare il proprio servizio nella sede sotto elencata.

	Farmacia Comunale	Ubicazione	N° telefonico	Direttore Tecnico
1	Moiano di Vico Equense (NA)	Via Nuova Faito n.6	081.8023294	Dott.ssa Rosa Anna De Martino

Di essere disposto a prestare il proprio servizio nelle seguenti modalità:

full-time SI NO

part-time SI NO

notturno SI NO

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, sotto la sua personale responsabilità dichiara:

1. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____; ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime. (Detta indicazione deve essere espressa dai cittadini degli Stati appartenenti all'Unione Europea con riferimento allo stato di appartenenza);
2. di avere la seguente posizione nei confronti dell'obbligo di leva: _____ (per gli aspiranti di sesso maschile);
3. di non aver riportato condanne penali e di avere procedimenti penali in corso (in caso affermativo indicare quali);

4. di non essere stato destituito, dispensato o licenziato dall'impiego presso una pubblica amministrazione, ovvero di non essere stato dichiarato decaduto per aver conseguito l'impiego mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;
5. di essere fisicamente idoneo al servizio. Gli invalidi devono dichiarare di non aver lesioni o infermità maggiori di quelle previste nella settima o ottava categoria della tabella A di cui al D.P.R. 3°12.1981 n. 834 e s.m.i.;
6. di essere in possesso del diploma di laurea in _____

(con l'indicazione della votazione finale riportata, dell'Università che lo ha rilasciato e dell'anno del conseguimento);
7. di essere abilitato all'esercizio della professione e di essere iscritto all'albo professionale dell'ordine dei farmacisti di _____
al n° _____ dal _____;
8. di accettare, senza riserva le condizioni previste dai regolamenti organici in vigore al momento della nomina o di quelli futuri, la destinazione prescelta dal datore di lavoro come sede di svolgimento dell'attività lavorativa, nonché eventuali divieti e delimitazioni al libero esercizio della professione;
9. di accettare senza riserva tutte le condizioni prescritte nell'avviso *de quo*;
10. autorizza al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 s.m.i..

Si allegano i seguenti documenti:

- A. diploma di studio richiesto per l'ammissione all'iscrizione o certificato sostitutivo in cui sia specificato il voto finale di Laurea;
- B. copia documento di riconoscimento;
- C. copia codice fiscale;
- D. certificato di iscrizione ad un albo provinciale dell'Ordine dei Farmacisti;
- E. Curriculum vitae in carta libera debitamente firmato e datato elencante le attività professionali compiute dal richiedente presso Aziende private o Enti Pubblici;
- F. copia o originale della ricevuta del bonifico comprovante l'avvenuto versamento di Euro 20,00 (venti euro) quale concorso alle spese d'iscrizione alla Short List.

Il possesso dei suddetti titoli e certificati potrà essere attestato con dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. 445/2000, compilando il modulo denominato "Dichiarazione sostitutiva per iscrizione Short List".

Data _____

Firma _____