

Allegato A)

Spett.le  
AMA S.r.l.  
Via Aurelia n.41  
17051 ANDORA-SV

Consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere, dall'art. 76 del DPR 445/2000, il/la sottoscritto/a:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

Di essere ammesso/a alla selezione pubblica per titoli ed esami per la formazione di una graduatoria per "collaboratore Farmacista" per la copertura di n. 1 posto a tempo pieno e determinato presso la Farmacia Valmerula - Livelli 1° C.C.N.L. Farmacie Aziende municipalizzate.

A tale fine, sotto la propria personale responsabilità, dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000:

1) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

2) di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ C.ap. \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_;

3) di volere ricevere le eventuali comunicazioni relative alla procedura al seguente indirizzo:

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_;

4) di essere in possesso della cittadinanza italiana ovvero indicare il possesso di altra cittadinanza \_\_\_\_\_;

5) di godere dei diritti civili e politici;

6) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di: \_\_\_\_\_

Oppure di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_;

7) di non aver riportato condanne penali, di non essere stati interdetti o sottoposti a misure che escludono, secondo le leggi vigenti, dalla nomina all'impiego presso una Pubblica Amministrazione e di non avere procedimenti penali in corso;

Oppure di aver subito o di avere in corso i seguenti procedimenti e/o condanne penali

\_\_\_\_\_ ;

8) di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a ovvero licenziato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione o una azienda pubblica per persistente insufficiente rendimento o non essere stato dichiarato decaduto da un impiego pubblico a seguito dell'accertamento che lo stesso fu conseguito mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

9) di essere in possesso della idoneità psicofisica alle mansioni da svolgere relative al posto messo a concorso;

10) di essere nella seguente posizione rispetto agli obblighi militari:

\_\_\_\_\_ ;

11) di essere in possesso del seguente titolo di studio:

\_\_\_\_\_ ;  
rilasciato da \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ punteggio \_\_\_\_\_ ;

12) di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione ed essere iscritto all'Ordine dei Farmacisti;

13) di avere prestato servizio come Farmacista direttore e/o collaboratore (nel dettaglio di cui sotto si prega di specificare se direttore o collaboratore) per almeno ~~tre~~ <sup>un</sup> (1) anno consecutivi:

Si elencano di seguito i servizi svolti nelle mansioni sopra indicate:

\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_ ;

14) di essere attualmente alle dipendenze di:

\_\_\_\_\_ ;  
con il profilo professionale \_\_\_\_\_ Cat. Ec. \_\_\_\_\_ ;

15) di aver prestato i seguenti periodi di servizio presso farmacie:

\_\_\_\_\_ periodo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ periodo \_\_\_\_\_  
e di aver risolto il rapporto per \_\_\_\_\_ ;

16) di avere bisogno, in quanto portatore di handicap, dell'ausilio necessario per sostenere le prove d'esame, consistente in \_\_\_\_\_

e/o di tempi aggiuntivi \_\_\_\_\_ ai sensi dell'art. 20 della Legge 104/92,  
a causa di \_\_\_\_\_

come da allegata certificazione rilasciata dal Servizio di Medicina Legale della competente ASL;

17) di conoscere la seguente lingua straniera (inglese o francese o spagnolo o tedesco): \_\_\_\_\_;

18) di avere conoscenza informatica di base, e di conoscere i seguenti applicativi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

19) di aver conseguito i seguenti crediti ECM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

20) di non avere interessi diretti in attività concorrenti e/o correlate (a titolo di esempio farmacie e/o parafarmacie anche via web) rispetto all'attività che si andrà a svolgere.;

21) di accettare incondizionatamente tutte le norme contenute nel bando e le vigenti norme regolamentari concernenti la disciplina dei concorsi;

22) di autorizzare AMA S.r.l. all'utilizzo dei dati personali contenuti nella domanda per le finalità relative al concorso nel rispetto del D.L.gs.vo 101/2018 e s.m.i.;

23) di essere disponibile al lavoro notturno, festivo e di essere automunito.

SOLO PER COLORO NON IN POSSESSO DELLA CITTADINANZA ITALIANA

5) di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

6) di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza o di provenienza,

ovvero (specificare i motivi in caso negativo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

LA PRESENTE DOMANDA POTRA' ESSERE RITENUTA VALIDA SOLO SE REGOLARMENTE FIRMATA E ACCOMPAGNATA DA UN DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO ED INVIATA SECONDO LE MODALITA' INDICATE NELL'AVVISO DI SELEZIONE

Allegato B)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' DI CONFORMITA'  
ALL'ORIGINALE DI COPIA  
(ART. 19 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

**Allegare fotocopia non autenticata di un valido documento di identità personale**

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

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

che le copie dei documenti allegati alla presente domanda e di seguito elencati sono conformi agli originali in suo possesso:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma (da apporre a pena d'esclusione) \_\_\_\_\_