

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

alla selezione pubblica, per titoli ed esami, per l'assunzione con contratto di lavoro a tempo pieno e indeterminato di un farmacista direttore di farmacia (livello 1° super CCNL farmacie aziende municipalizzate t.u. 21.5.2014).

(in carta libera)

All'Amministratore Unico
della SOCIOSANITARIA SONNINESE SRL
Piazza Garibaldi n. 1
04010 SONNINO (LT)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____
in Via/Piazza _____ n. _____ C.F. _____,
Stato civile _____ Tel. _____ Cell. _____
e-mail _____ PEC _____

presa visione del bando di selezione per titoli ed esami per il conferimento di un posto di "Farmacista direttore di farmacia" (livello 1° super CCNL), con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato, presso la SOCIOSANITARIA SONNINESE SRL,

CHIEDE

di essere ammess__ a parteciparvi e a tale scopo - consapevole delle responsabilità civili e penali previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci - **DICHIARA** quanto segue (*deppennare le dichiarazioni non pertinenti*):

- che le proprie generalità sono quelle sopra riportate;
- il possesso della cittadinanza italiana;

(*oppure*) la cittadinanza del seguente Stato della Unione Europea : _____

e adeguata conoscenza della lingua italiana;

- di godere dei diritti civili e politici (*per i cittadini dell'Unione Europea, anche negli Stati di appartenenza o provenienza*) e di essere iscritto/a nelle liste elettorali nel Comune di _____;

- il possesso del titolo di studio di cui all'art. 1 del bando, e precisamente:

Laurea in _____

Conseguita il ___/___/___ presso _____,

con votazione finale di _____;

- di aver conseguito in data _____ l'Abilitazione di Stato all'esercizio della professione di farmacista;
- di essere iscritto all'Albo Professionale presso all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____, data di iscrizione _____, numero di iscrizione _____;
- di avere adeguata conoscenza dell'uso delle apparecchiature e delle applicazioni informatiche più diffuse;
- di essere in posizione regolare nei confronti dell'obbligo di leva e di quelli relativi al servizio militare volontario (per i candidati cittadini italiani di sesso maschile nati entro il 31/12/1985) in quanto (*specificare se assolto, esente, riformato, soprannumerario, ecc.*): _____;
- di non aver riportato condanne penali (applicazioni di pena ex art. 444 c.p.p.) e di non essere stato interdetto o sottoposto a misure di sicurezza o di prevenzione;
- di non avere procedimenti penali in corso;
- di non aver riportato sanzioni disciplinari superiori alla censura;
- di possedere i seguenti titoli che danno diritto a fruire della preferenza, a parità di merito, con altri concorrenti (*selezionare la casella interessata*):
 - insigniti di medaglia al valor militare;
 - mutilati ed invalidi di guerra ex combattenti;
 - mutilati ed invalidi per fatto di guerra;
 - mutilati ed invalidi per servizio nel settore pubblico e privato;
 - orfani di guerra;
 - orfani dei caduti per fatto di guerra;
 - orfani dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato;
 - feriti in combattimento;
 - insigniti di croce di guerra o di altra attestazione speciale di merito di guerra, nonché i capi di famiglia numerosa;
 - figli dei mutilati e degli invalidi di guerra ex combattenti;
 - figli dei mutilati e degli invalidi per fatto di guerra;
 - figli dei mutilati e degli invalidi per servizio nel settore pubblico e privato;
 - genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti di guerra;
 - genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per fatto di guerra;
 - genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per servizio nel settore pubblico o privato;
 - coloro che abbiano prestato servizio militare come combattenti;
 - coloro che abbiano prestato lodevole servizio a qualunque titolo, per non meno di un anno nell'amministrazione che ha indetto il concorso;
 - coniugati e non coniugati con riguardo al numero dei figli a carico (n. di figli ___);
 - invalidi e mutilati civili;
 - militari volontari delle Forze armate congedati senza demerito al termine della ferma o rafferma.

- (eventuale) di essere portatore di handicap,
di necessitare del seguente tipo di ausilio per gli esami: _____
e dei seguenti tempi necessari aggiuntivi: _____
come debitamente documentato dalla seguente certificazione allegata: _____;
- (eventuale) il possesso, ai sensi dell'art. 25 – comma 9 – della legge 11.8.2014 n. 114, del requisito di cui all'art. 20 comma 2-bis della Legge n. 104 del 5/2/1992 (persona affetta da invalidità uguale o superiore all'80%), ai fini dell'esonero dalla partecipazione all'eventuale prova preselettiva, come risultante dalla seguente certificazione allegata: _____;
- di essere in possesso della idoneità psico-fisica al servizio continuativo ed incondizionato nella mansioni proprie della qualifica di farmacista direttore e di essere esente da tossicodipendenze ed alcool-dipendenza;
- di non essere stato licenziato/a per motivi disciplinari, destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso enti locali o aziende pubbliche o private con provvedimento definitivo;
- di aver effettuato il versamento del contributo spese pari a 100,00 euro (cento/00 euro), non rimborsabili, come da allegata ricevuta;
- di non aver superato del limite massimo di età previsto dalle norme vigenti per il collocamento a riposo;
- di possedere i seguenti titoli vari (*indicare dettagliatamente tutti i dati necessari per una eventuale verifica di veridicità, quali data di conseguimento, ente che lo ha rilasciato, ecc.*):
 - pubblicazioni scientifiche : _____

 - idoneità in concorsi per esami a posti di livello pari o superiore a quello del posto messo a bando: _____

 - titoli post-laurea con esame finale (master, corsi di perfezionamento, scuole di specializzazione, ecc.): _____

 - dottorato di ricerca in _____

- di aver maturato almeno cinque anni di servizio in qualità di **farmacista collaboratore** (oppure con qualifica superiore) presso farmacie private o municipalizzate, come di seguito specificato (*indicare tutti i periodi di servizio, anche ai fini della valutazione dei titoli*):

Farmacia: _____

con sede in _____ via _____ n. _____

Inquadramento contrattuale (*in caso di qualifica superiore*) _____

CCNL applicato: _____

Periodo di lavoro: dal ___/___/_____ al ___/___/_____

Regime orario (*se part-time indicare la percentuale*): _____

Farmacia: _____

con sede in _____ via _____ n. _____

Inquadramento contrattuale (*in caso di qualifica superiore*) _____

CCNL applicato: _____

Periodo di lavoro: dal ___/___/_____ al ___/___/_____

Regime orario (*se part-time indicare la percentuale*): _____

Farmacia: _____

con sede in _____ via _____ n. _____

Inquadramento contrattuale (*in caso di qualifica superiore*) _____

CCNL applicato: _____

Periodo di lavoro: dal ___/___/_____ al ___/___/_____

Regime orario (*se part-time indicare la percentuale*): _____

Farmacia: _____

con sede in _____ via _____ n. _____

Inquadramento contrattuale (*in caso di qualifica superiore*) _____

CCNL applicato: _____

Periodo di lavoro: dal ___/___/_____ al ___/___/_____

Regime orario (*se part-time indicare la percentuale*): _____

Farmacia: _____

con sede in _____ via _____ n. _____

Inquadramento contrattuale (*in caso di qualifica superiore*) _____

CCNL applicato: _____

Periodo di lavoro: dal ___/___/_____ al ___/___/_____

Regime orario (*se part-time indicare la percentuale*): _____

__ sottoscritt__ dichiara inoltre:

- 1) **di essere disponibile all'assunzione anche immediatamente dopo l'approvazione della graduatoria definitiva;**
- 2) di essere consapevole che l'assunzione rimane subordinata, altresì, ai limiti imposti dalle disposizioni legislative vigenti e da motivate esigenze di organizzazione;
- 3) di avere preso visione e di accettare in modo pieno ed incondizionato le disposizioni contenute nell'avviso di selezione in particolare quelle relative alla facoltà, in capo alla Società, di annullare, revocare o modificare l'avviso di selezione e di prorogare il termine fissato per la presentazione delle domande;
- 4) di essere consapevole che tutte le comunicazioni/convocazioni inerenti alla presente procedura verranno effettuate, con valore di notifica a tutti gli effetti di legge, mediante avvisi pubblicati sulla home-page del sito web www.sociosanitariasonninese.it ;
- 5) di autorizzare la Sociosanitaria Sonninese Srl, ai sensi della vigente normativa sulla privacy, al trattamento dei dati personali secondo quanto previsto all'art. 9 dell'avviso;
- 6) di allegare alla presente domanda:
 - copia fotostatica di un documento d'identità in corso di validità;
 - ricevuta relativa al versamento di euro 100,00 (euro cento), per contributo spese di selezione non rimborsabili;
 - il proprio curriculum professionale, debitamente datato e sottoscritto;
 - altro (*ad esempio: copia delle pubblicazioni scientifiche, delle determinazioni di idoneità nei concorsi, degli attestati di partecipazione a corsi, degli ulteriori titoli di studio, ecc.*)

Fermo restando che __ sottoscritt__ accetta che tutte le comunicazioni/convocazioni inerenti alla presente procedura selettiva verranno effettuate mediante avvisi pubblicati sulla home-page del sito web www.sociosanitariasonninese.it, dichiara che eventuali comunicazioni potranno essere inviate, a discrezione della Società, al seguente indirizzo:

Comune: _____, Provincia _____, CAP _____, Via: _____ n. _____
_____ ovvero tramite messaggistica al n. di cell. _____ ovvero al seguente
indirizzo di email/P.E.C.: _____

e si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione.

Data _____ Luogo _____

Firma _____