

Azienda Speciale Agordo Servizi
Via Insurrezione 18/C
32021 Agordo BL

Il/La.....sottoscritt...(cognome).....
(nome).....
Codice Fiscalenato/a a.....
prov.
ilresidente a prov.
in Via n....., c.a.p.
tel. cittadinanza.....
e-mail..... PEC.....

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione pubblica per la copertura di n. 1 posto a tempo indeterminato e pieno (40 ore settimanali) nel profilo di FARMACISTA COLLABORATORE, 1° livello CCNL per i dipendenti delle imprese gestite o partecipate dagli enti locali, esercenti farmacia, parafarmacie, magazzini farmaceutici all'ingrosso, laboratori farmaceutici.

A tal fine, dichiara sotto la propria responsabilità:

- di avere preso visione del bando di selezione, di accettarne le condizioni e di essere in possesso dei requisiti indicati nell'art. 3 del medesimo;
- di non aver riportato condanne penali (se si, indicare quali);
- di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____
- di non essere stato licenziato, dispensato e/o destituito dall'impiego presso una pubblica amministrazione;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio
....., conseguito presso
..... nell'a.....
- di aver presentato domanda di laurea per le sessioni 2023;
- di essere iscritto all'albo dell'ordine dei farmacisti;
- di essere in possesso delle patenti di guida cat B;
- di accettare le regole previste dal bando di selezione in oggetto;
- di essere a conoscenza di quanto previsto dal bando in tema di diario e sede delle prove d'esame;

Chiede che ogni comunicazione relativa al concorso venga inviata al seguente indirizzo (anche mail o PEC):

Allegati in formato pdf:

- **Fotocopia del documento d'identità**

- **Curriculum formativo e professionale**
- **Informativa sulla privacy**
- _____

Data _____

Firma